

医院管理必修课：《护理管理学》

- 第一章 护理管理学基础
- 第二章 管理理论的形成与发展
- 第三章 管理的基本方法论
- 第四章 护理组织管理
- 第五章 护理群体的人际关系
- 第六章 护理领导
- 第七章 护理质量管理
- 第八章 护理业务技术管理
- 第九章 护理人力资源管理
- 第十章 护理信息管理
- 第十一章 护理科研管理
- 第十二章 继续护理学教育管理
- 第十三章 医院感染管理
- 第十四章 护理法规与规章制度

全国迷你型MBA职业经理双证班

认证系列：职业经理资格认证、人力资源总监、营销经理、品质经理、生产经理、物流经理、项目经理、企业培训师、酒店经理、市场总监、财务总监、营销策划师等认证。

颁发双证：通用高级经理资格证书+MBA 高等教育研修结业证书（含 2 年全套学籍档案）

证书说明：证书全国通用、国际互认、电子注册，是提干、求职、晋级、移民的有效依据

学习期限：3 个月（允许工作经验丰富学员提前毕业） 收费标准：全部学费 **1280** 元

咨询电话：13684609885 0451- 88723232 88342620 邮箱：xchy007@163.com

学校网站：www.mhjj.net 颁证单位：中国经济管理大学 承办单位：美华管理人才学校

全国招生 函授教育 颁发双证 权威有效



职业经理 MBA 整套实战教程

千本好书 **免费** 下载网址 www.mhjj.net

全国Mini-MBA职业经理双证班



精品课程 权威双证 全国招生 请速充电

你可能准备跳槽或者求职, 却为缺少行业经验和专业证书而被用人单位百般挑惕!

你可能目前衣食无忧, 但随着年龄的增长和社会竞争压力的增大, 因为得不到专业的全新培训而失去竞争的机会和面临被淘汰的危机。

美华教育携手中国经济管理大学面向全国举办迷你 MBA 职业经理双证书班, 毕业颁发双证书。

招生专业及其颁发证书

认证项目	颁发双证	学费
全国《职业经理》MBA 高等教育双证书班	高级职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《人力资源总监》MBA 双证书班	高级人力资源总监职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修证书	1280 元
全国《市场总监》MBA 高等教育双证书班	高级市场总监职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《酒店经理》MBA 高等教育双证班	高级酒店管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《营销经理》MBA 高等教育双证班	高级营销经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《企业培训师》MBA 高等教育双证班	企业培训师高级资格认证毕业证书+2 年制 MBA 高等教育研修证书	1280 元
全国《财务总监》MBA 高等教育双证班	高级财务总监职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《品质经理》MBA 高等教育双证班	高级品质管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《生产经理》MBA 高等教育双证班	高级生产管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《营销策划师》MBA 双证书班	高级营销策划师高级资格认证证书+2 年制 MBA 高等教育研修证书	1280 元
全国《物流经理》MBA 高等教育双证班	高级物流管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育结业证书	1280 元
全国《项目经理》MBA 高等教育双证班	高级项目管理职业经理资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元
全国《企业总经理》MBA 高等教育双证班	全国企业总经理高级资格证书+2 年制 MBA 高等教育研修结业证书	1280 元



【授课方式】 全国招生、函授学习、权威双证

我校采用国际通用3结合的先进教育方式授课（远程函授+教学电子光盘自修+网络学院持续视频学习）



【颁发证书】 学员毕业后可以获取权威双证书与全套学员学籍档案

- 1、毕业后可以获取相应专业钢印《高级职业经理资格证书》;
- 2、毕业后可以获取2年制的《MBA研究生课程高等教育研修结业证书》;



【证书说明】

1. 证书加盖中国经济管理大学钢印和公章（学校官方网站电子注册查询、随证书带整套学籍档案）；
2. 毕业获取的证书与面授学员完全一致，无“函授”字样，与面授学员享有同等待遇，证书是学员求职、提干、晋级的有效证明；。



【学习期限】

3个月（允许有工作经验学员提前毕业，毕业获取证书后学校仍持续辅导2年）



【收费标准】

全部费用1280元（含教材光盘、认证辅导、注册证书、学籍注册等全部费用）

函授学习为你节省了大量的宝贵的学习时间以及昂贵的MBA导师的面授费用，是职业经理人首选的学习方式。



【招生对象】

- 1、对管理知识感兴趣，具有简单电脑操作能力（有2年以上相应工作经验者可以申请提前毕业）。
- 2、年龄在20—55岁之间的各界管理知识需求者均可报名学习。



【教程特点】

- 1、完全实战教材，注重企业实战管理方法与中国管理背景完美融合，关注学员实际执行能力的培养；
- 2、对学员采用1对1顾问式教学指导，确保学员顺利完成学业、胸有成竹的走向领导岗位；
- 3、互动学习（专家、顾问24小时接受在线咨询，第一时间回答学员的提问和咨询）



【考试说明】

1. 卷面考核：毕业试卷是一套完整的情景模拟试卷（与工作相关联的基础问卷）
2. 论文考核：毕业需要提交2000字的论文（学员不需要参加毕业论文答辩但论文中必修体现出5点独特的企业管理心得）
3. 综合心理测评等问卷。



【颁证单位】

中国经济管理大学经中华人民共和国香港特别行政区批准注册成立。目前中国经济管理大学课程涉及国际学位教育、国际职业教育等。学院教学方式灵活多样，注重人才的实际技能的培养，向学员传授先进的管理思想和实际工作技能，学院会永远遵循“科技兴国、严谨办学”的原则不断的向社会提供优秀的管理人才。



【承办单位】

美华管理人才学校是中国最早由教委批准成立的“工商管理MBA实战教育机构”之一，由资深MBA教育专家、教育协会常务理事徐传有教授担任学校理事长。迄今为止，已为社会培养各类“能力型”管理人才近10万余人，并为多家企业提供了整合策划和企业内训，连续13年被教委评选为《优秀成人教育学校》《甲级先进办学单位》。办学多年来，美华人独特的教学方法，先进的教学理念赢得了社会各界的高度赞誉和认可。



【咨询电话】

13684609885 0451--88723232 88342620

【咨询教师】王海涛 郑毅



【报名须知】

- 1、报名时请直接邮寄4张2寸免冠近照（要求蓝色背景）和一张身份证复印件
- 2、报名登记表格下载后详细填写并发送邮件至 xchy007@163.com 或者传真至0451—88342620
- 3、交费后及时电话通知招生办确认，以便于收费当日学校为你办理教材邮寄等入学手续。



【报名地址】

哈尔滨市道外区南马路 120 号职工大学 109 室美华教育（ 邮政编码：150020）



【证书样本】(全国招生 函授学习 权威双证 请速充电)

(高级职业经理资格证书样本)

(两年制研究生课程高等教育结业证书样本)



【学费缴纳方式】

方式一	邮局邮寄	邮寄地址：哈尔滨市道外区南马路 120 号职工大学 109 室 邮政编码：150020
方式二	学校帐号	学校帐号：184080723702015 开户银行：哈尔滨银行龙江支行 企业户名：哈尔滨市道外区美华管理人才学校
方式三	交通银行 (太平洋卡)	帐号：40551220360141505 户名：王海涛 开户行：交通银行哈尔滨分行信用卡中心
方式四	邮政储蓄 (存折)	帐号：602610301201201234 户名：王海涛 开户行：哈尔滨道外储蓄中心
方式五	中国工商银行 (存折)	帐号：3500016701101298023 户名：王海涛 开户行：哈尔滨市道外区靖宇支行

可以选择任意一种方式缴纳学费，建议使用第五种方式（中国工商银行，比较方便快捷）收到学费的当天，学校就会用邮政特快的方式为你邮寄教材和考试问卷。

全国职业经理MBA双证班

精品课程 火热招生

函授学习 权威双证 全国招生 请速充电

认证系列：高级职业经理资格认证、人力资源总监、营销经理、财务总监、企业培训师、酒店经理、品质经理、生产经理、物流经理、项目经理、市场总监、营销策划师等学习认证系列。

颁发双证：通用高级经理资格证书 + MBA 高等教育研修结业证书 (含 2 年全套学籍档案)

证书说明：证书全国通用、国际互认、电子注册，是提干、求职、晋级、移民的有效依据

1280

元

学习期限：3 个月 (允许工作经验丰富学员提前毕业) **收费标准：**全部学费

咨询电话：13684609885 0451- 88723232 88342620 **邮箱：**xchy007@163.com

学校网站：www.mhjj.net **颁证单位：**中国经济管理大学 **承办单位：**美华管理人才学校

全国招生 函授教育 颁发双证 权威有效

第一章 护理管理学基础

Basic Knowledge of Nursing Management Science

【教学目标】

识记

1. 说出管理、护理管理的概念。
2. 描述管理的对象与职能的主要内容。
3. 列举出常见的管理方法。

理解

1. 解释管理的内涵。
2. 区别管理的双重特性异同点。

应用

1. 利用所学知识论述如何根据护理管理任务和目的及护理工作的特点来进行高效能的管理。

第一节 管理的基本知识

管理 (Management) 是人类的一种社会活动, 管理学作为一门科学, 19 世纪末发源于美国, 以后推广到西欧、日本, 现已受到各国重视。管理学是一门实用性较强的科学, 应用范围广, 它不仅适用于工商管理, 也适用于医院、学校、研究单位以至军队和机关的管理。如同科学技术也是生产力一样, 管理也是一种特定形态的生产力。一个国家、一个部门或单位, 管理的优劣是关系到它的兴衰存亡的根本大事, 这一点, 已经越来越被人们所认识。现代社会发达的程度越高, 管理就越重要, 而管理理论和方法在不同领域的运用是一门复杂的工作, 因此, 通过学习管理的基本理论和发展情况, 对管理学有一个完整概括的了解, 有益于我们吸取西方工业管理的有益的东西, 扬长避短, 洋为中用, 建立适合我国国情的护理管理学。

管理是人类组织社会活动的一个最基本的手段, 大到一个国家, 小到一个家庭, 只要有两个人或两个以上的人为了完成他们中任何一个人都不可能单独完成的目标而把他们的努力和资源结合在一起时, 就需要有一个管理过程。通过管理, 人们才能组织起来为达到某种目标而行动。

一、管理的概念

在管理的各个学派,各个时期,管理的含义各不相同,美国管理学派认为,管理是“为了达到同一目标而协调集体所做努力的过程”。法国学者认为“管理可以被看作是为实现所要达到的目标而协调人力和财力的一种合理方法”。我国有的学者认为“管理就是通过共同劳动加以组织指挥,以期达到最大效能的活动”。综合以上观点,现代管理学者提出“管理就是由一个人或更多的人来协调他人的活动,以便收到个人单独活动所不能收到的效果而进行的各种活动”。

尽管不同时期的管理学家给予管理不同的解释,人们对管理的研究和认识角度不同,但对于管理过程中存在的基本因素的认识几乎是一致的。这就是管理概念使我们注意到的几个关键问题的研究:第一:管理工作的中心是管理其他人的工作;管理工作的主要目的是通过其他人的活动来收到工作效果。第二:管理工作是通过协调其他人的活动来进行的。第三:管理人员必须同时考虑两个方面:①其他人的活动即其他人的工作;②其他人即人们。把以上这些因素归纳起来,就形成了对管理的认识“管理是领导人利用各种原理和方法,把大家的力量和活动引向目标的一系列活动过程。”

二、管理对象

管理活动的实现是一种对象过程,有管理就要有被管理的对象。关于管理的对象,在科学管理时期,泰罗、法约尔等人提出管理对象“三要素”理论,他们认为管理对象是人、财、物这三个基本要素。后来随着管理实践的展开和管理理论的研究,管理学家认为管理过程中人、财、物是重要的,但是时间和信息同样重要,特别是生产高度发达以后。所以,发展成为五要素理论,即认为管理对象包括“人、财、物、时间、信息”五个基本要素。

(一) 人力 人力管理主要是指从事社会活动的劳动者,包括生产人员、管理人员和技术人员的管理。从长远的发展来说,还应包括预备劳动力的培养教育。高效能的管理是要使人尽其才、用人所长,特别要注意发挥知识分子的作用,发挥人才的作用。

(二) 财力 财力是指一个国家或一个组织在一定时期内所掌管和支配的物质资料的价值表现。对财力进行管理,就是要根据财力的客观运动过程特点进行正确有效的管理。要按经济规律办事,要使资金的使用主要保证管理计划

的完成，因经济管理直接影响到管理工作的成效。

（三）物力 物力的管理，主要是对生产资料的管理。指设备、材料、仪器、能源等。管理上要作到保证供应、物尽其用，防止积压和浪费。

（四）时间 时间是一种珍贵的资源，过去了就永远不会再来，丝毫没有弹性，完全没有替代性。所以，现代管理非常重视对时间的管理。一个有效的领导者，必须管好自己的时间，在尽可能少的时间内取得更大的效益。

（五）信息 是现代管理中不可缺少的要素，是在管理实施中非常重要的要素，是管理工作的基本工具。在整个管理过程中，从预测→决策→拟订计划→组织实施→控制，都贯穿着信息，所以，管理者要学会管理信息、利用信息。

因此，在管理中不论是宏观管理还是微观管理，都要对以上五个要素进行管理。

三、管理职能

管理职能是管理系统的作用、功能、职责的统称，也是随着社会发展不断发展变化的，最早提出管理的各种职能的是法约尔，他认为管理活动是由计划、组织、指挥、协调、控制这五种职能组成的。继法约尔之后，许多管理者对此进行了探讨，提出多种划分管理职能的主张，最常见的提法是计划、组织、控制三种职能。

（一）计划职能 计划职能是管理的主要职能，是指事先确定目标和实现这些目标手段的管理活动。主要分为：①确定目标及其先后秩序；②预测对实现目标可能产生影响的未来事态；③通过预算来执行计划；④提出和贯彻指导实现预期目标活动的政策这四个步骤。每一个阶段都是不可少的，而且必须把它同其他阶段联系起来，这样才能实现计划职能。

（二）组织职能 组织职能是管理的重要职能，它是为了实现目标，对人们的活动进行合理的分工与协作，合理地配备资源，正确处理人际关系的管理活动。为了实现目标和计划，必须有组织保证，组织就是把管理要素按目标的要求结合成一个整体。组织职能包括设立组织机构，建立管理体制，制定各项规章制度，合理地选择人员和配备人员以及合理组织人、财、物，以取得最佳经济效益和社会效益，是实现管理的保证和手段。

（三）控制职能 控制职能是对实现目标的各种活动进行检查、监督和调节。人类各项活动有着复杂的内部和外部的联系，虽然事先制定出切实可行的计划，但在管理中还会出现各种预料不到的情况，在实现计划过程中，仍然可

能产生不同程度的偏差，这就要求控制职能加以调节，以保证目标的实现。

管理工作的各项职能是一个统一的有机整体，是一个系统的网络，每项职能之间是相互联系的。在实际管理工作中，它们是一种相互交叉着的循环过程。

四、 管理的特性

管理的双重特性也称管理的二重性，是指管理具有自然属性和社会属性，是管理的重要性质。

管理的自然属性（Natural Property）体现在管理具有指挥协调劳动的职能，它是为了组织共同劳动产生的，反映了社会劳动过程本身的要求，是一系列科学方法的总结。它没有阶级性，是各类社会制度国家所共有的。

管理的社会属性（Social Property）是指管理所具有的监督职能，它是由阶级关系决定的，反映了一定社会形态中统治阶级的要求，受到生产关系和经济基础的影响和制约。具有鲜明的阶级性。社会制度不同，管理的目的和性质不同。

由以上可以看出，管理的自然属性体现了管理与生产力之间的关系，管理的目的是如何更好地发展生产力；管理的的社会属性体现了管理与生产关系的关系，管理的目的是如何维护其所有制，维护其统治。社会制度不同，管理的自然属性都相同，而管理的社会属性有着根本的不同。就资本主义企业管理的性质而言，其自然属性主要是从提高工作效率和经济利益着眼，用尽可能少的资源和时间消耗，创造出更多的财富。而其社会属性主要是为了掠夺而管理，借管理而掠夺，用巧妙的、虚伪的手段残酷地剥削劳动人民，促进资本增值。

社会主义社会的经济管理是从资本主义社会化大生产的基础上发展起来的，它与资本主义的管理并无原则上的区别。就其社会主义的社会属性而言，由于社会主义的生产目的是最大限度地满足社会日益增长的物质、文化生活的需要，居主导地位的生产资料为全民所有，它决定了社会主义管理的主体具有社会性。因此，社会主义管理应具有更强的民主性和更高的自由度。我们强调管理的社会属性，除了要把握社会主义方向外，主要价值目标在于确立广大劳动者的主导地位。

总之，社会化大生产首先在资本主义国家出现，许多新的管理实践也首先在那里付诸实践，积累了许多管理经验，这是人类文化遗产的一部分，为此，我们需要学习和借鉴发达国家先进的、适合我国国情的管理经验和方法，以提高我国的管理水平；另一方面，在学习和借鉴时，又必须加以分析、批判和选

择，不能盲目地学，更不能一切照抄照搬。

五、管理方法

管理的方法就是为了使被管理系统的功效不断提高，在一系列活动中所采取的手段、措施、途径和方法，主要有以下几种：

（一）行政方法 行政方法是指行政机构和领导者运用权力，通过强制性的行政命令直接对管理对象发生影响、按照行政系统实施管理的方法。一般采用命令、指示、规定、指令性计划、规章制度等方式对子系统进行控制。行政管理方法具有权威性、强制性、阶级性、稳定性、时效性、具体性、保密性和垂直性等特点。

行政方法能使管理系统达到高度的集中统一，它可以通过行政层次、行政手段进行控制，发挥高层领导的决策、计划作用，充分依靠政权机关的权威对各个领域进行组织和指挥。行政管理方法也能较好的处理特殊问题和管理活动中出现的新情况，它可以在总目标之下，因时、因地、因人而采取比较灵活的手段。但管理效果也受领导水平的影响，不便于分权和发挥子系统的积极性。横向沟通困难，信息传递迟缓等等，这些都是在运用行政管理方法时应注意的。

（二）法律方法 作为管理方法来讲的法律方法，不仅包括法律的制订和实施，广义的法律方法还应包括由国家的各级机构以及各个管理系统制定和实施的各种类似法律性质的社会规范，例如各种条例、规程、制度等等。使用法律的方法，可以使管理系统中各个子系统明确自己的职责、权利和义务，使它们之间渠道畅通并正常发挥各自的职能，使整个管理系统自动地有效地运转。法律的方法具有一定的稳定性，这种稳定有利于管理系统的发展。法律方法适用社会管理的各个领域。

（三）思想教育方法 思想教育方法就是运用马列主义、毛泽东思想的基本理论和党的方针政策及光荣传统，去启发干部群众的觉悟，引导其树立正确的人生观、世界观、价值观，尽职尽责地做好工作。思想教育方法是做好各种管理的最基本的方法，也是最重要的保证。思想教育的基本原则是：解决思想问题与解决实际问题相结合；思想工作一定有渗透到各项工作和具体管理活动中；思想政治工作和教育要保持经常，要与其他管理方法相结合；既要有适当的表扬，又要有必要的批评惩戒，实事求是与平等待人等原则。

（四）经济方法 经济方法是指依靠经济组织，按照客观经济规律的要求，运用经济手段来管理经济的方法。在微观管理中采用经济方法就是把个人

利益同他们本人的工作成绩的好坏联系起来，经常使用的形式有工资、奖金、罚金等。应该注意经济方法虽是一个极为重要的有效的方法，但绝不是万能的方法，必须与其他方法有机地结合起来，充分发挥各种方法的综合效应。

（五）社会心理学方法 这种方法是将社会学、心理学研究的成果和研究方法运用到管理实践中去，以提高管理效率和人的积极性。例如行为科学中关于人际关系的理论；关于人类需要层次论；关于动机激励理论、领导行为、团体行为等。这些方法对人事管理、组织管理、业务技术管理、服务管理的科学性，有一定的促进作用。

第二节 管理学理论

一、现代管理理论

（一）社会系统学派 社会系统学派的创始人是切斯特·巴纳德（Chester·Barnard, 1886—1961），其主要观点认为：①组织是一个协作系统，各级组织是一个有意识地加以协调的活动或效力的系统。②协作系统的三要素是协作的意愿、共同的目标和信息联系。③非正式组织的作用：非正式组织同正式组织互相创造条件，在某些方面能对正式组织的目标产生积极的影响。④经理人员的职能。社会系统学派认为经营管理的过程就是领悟到作为一个整体组织以及与之有关的全部形势，这就是管理的艺术。

（二）决策理论学派 决策理论学派的主要代表人物是美国的西蒙（H. A. Simon）和马奇（J. G. March）他们认为：决策贯穿着管理的全过程，管理就是决策。决策的准则以“令人满意”准则代替“最优化”准则，才能使决策者果断决策并在探索中不断完善。

（三）系统管理学派 系统管理学派用系统的观点来考察管理企业，有助于提高企业的效率，使各个系统和有关部门和相互联系网络更清楚，更好地实现企业的总目标。主要代表人物是卡斯特（F. E. Kast）和罗森茨韦克（J. E. Rosenzweig）等人。

4. 经验主义学派 他们认为管理科学应从企业管理的实际出发，以管理实践为对象，以便在一定的情况下把管理实践加以概括和理论化，在更多的情况下，只是为了把这些经验传授给从事实践管理工作 and 研究的人。此理论的主要代表人物是美国的杜拉克（P. Drucker）和戴尔（E. Dale）等人。

5. 权变理论学派 它的主要代表人物是伍德沃德（J. Woodward）和菲德勒（F. Fiedler）。该理论认为，在管理中要根据环境和内外条件随机应变，没有一成不变的普遍适用的“最好的”管理方法和理论。

二、现代管理理论的特点

随着生产力的迅速发展，科学技术的不断进步，当今管理学的发展在深度和广度上都是前所未有的。各不同时期、不同学派的理论互相渗透、互相补充，使现代管理理论综合了现代管理科学体系中的各种理论、方法和技术，这就是现代管理理论的一

第三节 护理管理学概述

护理工作在医院总系统中属于垂直管理运行的子系统，护理工作又是技术工作，所以护理管理在护理工作中占有相当重的地位。

一、护理管理的概念与特点

（一）护理管理的概念 护理管理（Nursing Management）是以提高护理工作质量为主要的工作过程，世界卫生组织（WHO）给护理管理做了如下定义：护理管理是以为提高人们的健康水平，系统地利用护士的潜在能力和有关其他人员或设备、环境和社会活动的过程。

护理管理的任务是研究护理工作的特点，找出其规律性，对护理工作诸要素（人员、技术、信息等）进行科学的计划、组织、控制和协调，以提高护理工作的效率和效果，提高护理工作质量。

护理工作服务的对象和任务决定了护理管理应以提高护理质量为主要目的，也就是运用最有效的管理过程，提供良好的护理服务。护理质量的高低取决于护理管理的水平。所以，护理管理是保证、协调、提高护理工作的关键。

（二）护理管理的特点

护理管理有其自身的规律性。护理学要综合人的心理和生理相互联系的知识，以及自然科学、社会科学、人类科学方面的知识，帮助、指导和照顾人们保持或重新获得体内外环境的相对平衡，以达到身心健康，精力充沛。护理工作的对象是人，是有病的人，在医学模式发展成为生物—心理—社会医学模式的今天，护理工作出现了较大的转变，更显示出其独立的、自身规律的特点，护理管理必须要适应这些特点。

护理工作的对象是病人这一特点，对护士素质提出了特殊要求。护士直接

为病人服务，要求护理人员有较好的素质修养，所以，培养和保持护士的良好素质是护理管理建设的重要内容之一。

护理管理也要适应护理工作的科学性和服务性的特点，护理学作为独立学科要综合运用各方面的知识。现代护理理论的发展，新技术、新知识引入护理学更加强了护理的科学性。护理工作的服务性也较强，特别是临床上以病人为中心的护理，科学性、服务性、技术性、思想性及时间连续性都很强，要求理论联系实际，脑力劳动和体力劳动相结合，所以，护理管理要适应这些特点。

护理工作联系广泛，主要表现在管理的对象和范围广泛及参加管理的人员广泛两方面。护理工作要与医生、医技、后勤、行政人员及病人、家属、单位发生多方面的联系，尤其是近几年发展起来的社区医疗护理服务，家庭医疗服务等，使得护理工作多方面的沟通交往显得尤为重要。协调好这些联系，也是护理管理的重要内容。

护理工作的连续性和性别特点对护理管理有特殊的要求，护理工作的连续性强，工作二十四小时不间断，而护理队伍中女同志占绝大多数，所以，护理管理也必须考虑这些特点，适当解决各种困难，保证护理人员安心工作。

二、护理管理学的概念及研究范围

护理管理学是在总结护理管理发展历史经验的基础上，综合运用现代社会科学、自然科学和技术科学的理论和方法，研究现代条件下护理管理活动的基本规律和一般方法的科学。它既是现代医院管理学的分支学科，又是现代护理学的一个分支。

护理管理活动的范围很广，涉及护理领域的所有内容。因此，护理管理学研究的内容主要是护理领域内护理管理活动的基本规律和一般方法。要找出现代护理管理活动的有关规律，是一个复杂的综合过程，它既要总结国内外护理管理经验，又要分析现实情况，同时还要综合运用管理学的一般原理与方法及现代科学技术提供的先进手段。

研究和应用现代护理管理学，有助于提高整个护理管理队伍的素质和科学管理水平，有助于改善护理管理的现状和提高护理工作的效率和质量，有助于推动护理学科的发展。护理管理学是一种专业领域管理学，和管理学之间的关系是普遍性与特殊性的关系。护理管理学是管理学一般原理与方法在护理管理实践中的具体运用。

三、学习护理管理学的意义

管理是有效地组织共同劳动所必要的，是可以开发和利用的资源。它在现代社会中占有很重要的地位和作用。科学技术决定生产力发展水平，但是如果没有相应的管理科学的发展，则会限制科学技术的发挥。所以有人将科学技术和科学管理比喻为推动现代社会发展的车轮，两个二者缺一不可。管理的潜力比技术潜力更大，提高管理水平是见效快、经济的办法。同样护理学科要想获得飞跃发展，也离不开管理科学。良好的护理管理可以使护理系统得到最优运转，提高护理质量。现代医院是个比较复杂的系统，护理工作在医院中占很大的比重，在医、教、研及预防保健工作中，护理人员承担着重要任务。护理工作的优劣将直接影响到整个医院的医疗质量和工作效率，护理管理的水平间接反映医院管理的水平。因此护理管理的科学化、现代化不仅有利于护理学科本身的发展，而且对于促进医院建设和推动医学科学的发展都起到了不可低估的作用。提高护理管理水平应该从每一个护理管理人员都掌握科学管理知识入手，使护理管理知识成为各级护理人才和护理管理人员必备的知识。管理工作贯穿护理工作的整个过程中和护理工作涉及的各个方面，所以不同层次的护理人员也都负有管理的责任，都应懂得一些管理的知识，使之与护理事业的发展相适应。

【实例分析】

如果你是某教学医院的护士长，所在的科室是心脏内科，有 40 张床位，11 名护士，其中副主任护师 1 人，主管护师 3 人，护士 7 人，其中有一位护士休产假，科室工作较忙，治疗量大，有的护士某些操作不能按正规要求去做，影响实习学生的实习质量，护理组一年只发表 1 篇论文，护理科研工作薄弱，现在是年底，准备做明年工作计划，你打算应用哪些管理方法，如何进行有效的管理，改变科室护理工作的面貌？

【参考文献】

1. 周三多. 管理学原理与方法. 上海：复旦大学出版社，1998
2. 潘绍山，孙方敏，黄始振主编. 现代护理管理学. 北京：科学技术文献出版社，2001
3. 左月然. 护理管理学. 北京：人民卫生出版社，1997
4. 袁俊昌. 人的管理科学. 北京：中国经济出版社，1996
5. 杨英觉. 组织与管理概论. 北京：经济科学出版社，2000
6. 李晶，刘霞. 现代管理学基础. 北京：高等教育出版社，2000,7
7. 王荣科，吴元其. 管理学概论. 北京：中国商业出版社，2001
8. 赵丽芬. 管理学概论. 上海：立信会计出版社，2001

9. 单凤儒.管理学基础.北京：高等教育出版社，2000
10. 刘俊生.管理学.北京：中国政法大学出版社，2000
11. 吴照云.管理学原理.北京：经济管理出版社，2001
12. 张光明.管理学.南京：东南大学出版社，2000
13. 戴淑芬.管理学教程.北京：北京大学出版社，2000

（王惠珍）

第二章 管理理论的形成与发展

The formation and development of management theory

【教学目标】

识记

1. 正确说出国外管理理论发展的各阶段的代表人物及其主要思想。
2. 正确叙述古典管理理论对管理实践的贡献。
3. 正确说出现代管理理论的主要学派。
4. 正确说出现代管理的主要特点和发展趋势。

理解

1. 正确理解激励理论的主要代表理论及各理论的主要观点。
2. 正确理解领导理论的主要代表理论及各理论的主要观点。

应用

1. 结合相关理论论述如何在护理管理实践中激励并领导下属。
2. 你认为应当如何培养一名优秀的护理管理者。

众所周知，管理活动是在人们的分工协作和共同劳动的过程中萌芽并发展起来的，但较为完善的管理思想和理论却是在近代伴随着社会的进步和生产的需要逐步形成的，而后独立的管理职业的出现更促进了人们对于管理行为的归纳、总结，从而形成了管理的基本理论体系。

回顾管理思想和管理理论的形成与发展的历程，清楚地认识并了解管理思想、管理理论的形成与发展对于准确把握现代的管理思想和管理理论、展望管理理论的发展趋势至关重要。

第一节 国外管理思想的形成与发展

一、萌芽阶段

（一）奴隶制时期

据史料考证，早在奴隶制时期，古巴比伦、古埃及和古罗马人在生产、生活和战争中已能很好地进行管理活动，但该阶段各国的生产力水平还相当低下，人们也尚未能把管理活动当作有意识的行为。

古巴比伦国地理位置相当重要，在国王汉谟拉比当政的时代（公元前 1792 年~公元前 1750 年）国力盛及一时，为了更好地治理国家并巩固其统治，汉谟拉比建立起了关于刑法、贸易、婚姻、国家税收、司法、行政等一系的条令和制度并下令编著了著名的《汉谟拉比法典》，强调应以法律的形式来调节人的行为以及人与人之间的相互关系。著名的《汉谟拉比法典》是迄今所发现的古代法典中最完备的一部，它由汉谟拉比亲自编制，法典全文被刻在一根黑色玄武岩的大柱上，分为前言、正文、结语三大部分，全文共 282 条。前言部分首先指出国家制定法典的宗旨在于在国内实行公道的统治；其次，前言文中又罗列了国王加在自己身上的各种头衔，颂赞了国王对国家的功德；正文部分包括了有关刑法、贸易、婚姻、国家税收、司法、行政、诉讼、抵押、家族和军人法等广泛的条文规定，此外，还包括了对雇佣劳动力和奴隶制度的阐述；结束语中则对妄图脱离此法甚至想废弃此法的国王进行了最为严厉的诅咒。该法典的制订对古代东方奴隶制国家的法律制定产生了巨大影响，同时也充分反映了古巴比伦国是成功运用法律方法进行管理的典范。

古埃及人的奴隶主君主专政的统治，约从公元前 3000 年已形成，建立了以法老（即国王）为最高统治者的金字塔形的管理机构。

古埃及的国家政权组织形式分为中央和地方两级，在中央设部、在地方设州；其中，最大的行政部门是财政部；而由于古埃及的文明与尼罗河密切相关，因此，水利部被看作是最重要的部门，把开河凿渠、扩大耕地等水利工程进行统一管理，政府还委派专人负责监看尼罗河河水的涨落，尤其在河水泛滥季节，每日都有人负责将河水涨落的情况在开罗的大街小巷报告；军事部门是古埃及实行奴隶主君主专制统治的重要支柱，军队的首脑由法老信赖的高级贵族担任，而领导军事机构的官员直接受法老的领导，国家还设置了武器院，专门负责全军的武器装备等事宜，此外，古埃及还制订了征兵、服兵役等有关军人的条例。古埃及还设有咨政院、司法机构，在地方还设立地方法院，进行案件的审理，法律条文也较为完善，案件审理需要经过审理、答辩、举证等程序，案件审理的过程中多采用刑讯逼供的办法，包括打板子、割鼻子、割耳朵、割舌头、断手等残酷手段；古埃及法老们为自己营建的坟墓——金字塔至今仍是令世人惊叹不已的世界七大奇观之一。据考证：修建一座金字塔需用超过 200 万块巨石，每块巨石有数吨之重。在设置落后、条件简陋的古代，要营建如此庞大的精美建筑并令它至今仍保存完好，可以想象需要花费多少人力、物力和财力，其管理活动的复杂程度和管理的高效率也可见一斑。

古罗马地处意大利半岛，具有重要的战略地位。古罗马人经过连年征战，征服并吞并了许多国家，建立起了庞大的古罗马帝国，古罗马人为保障其统治的稳固性，也设置了相当有层次的行政机构。

古罗马帝国最高的政府和行政机关是元老院，元老院由有名望的贵族代表、卸任的高官或功劳卓著的人组成，人数一般在 300~600 人之间，元老院的权力先后由国王、执政官及监察官负责划定，理论上讲，元老院只能讨论和决定现任官员所提出来的问题，且其决议只能是建设性的而具备法律效应，但由于元老们的威望极高，现任官员们总是几乎完全接受其建议，而未经元老院许可的任何法案也几乎很少直接提交讨论，因此，事实上元老院的作用极其巨大。

古罗马的国家立法机关是民众大会，一项法律可以整个通过，也可以被否决，但不可以对其进行修改，当然，民众大会的决议完全受上层贵族的利益驱使，并不能真正体现民众的意愿和利益。

在古罗马的国家机构中，还设立了许多重要的高级官吏，包括执政官、监察官、保民官、营造官等，他们各自具有不同的权利和职责，在国家各部门的日常管理活动中起着重要的作用。

古罗马的地方管理则主要采取分而治之的策略。古罗马包括 9 个省，各省中各个城市的权利和地位也不完全一致，其中大部分是需向国家上缴税赋的附属公社，少部分城市则属于完全享受自治权利的条约公社。每个行省由罗马委派总督进行管理，采取任期制，在任期间，总督拥有该省的军事、民事和司法的全部权利，各省的管理制度没有实行全国统一，往往是逐渐自发形成或由总督颁发。

在这样严密的组织管理之下，古罗马帝国的成功统治延续了数世纪之久。

当然，在其它的古代西方国家还有许多政治家们和思想家们对管理有着精辟的见解，有的思想在现在看来也是十分先进的。

(二)文艺复兴时期

欧洲文艺复兴时期指公元 1400~1600 年，后又被称之为“科学新发现时代”。在此期间科学得以快速发展，科学的精神和以人为本的观念开始深入到社会的方方面面，而管理活动也迅速发展起来，管理思想也有所深化，开始建立了新的宗教伦理观、市场伦理观及个人自由伦理观，一些描述管理思想的著作开始出现，如 16 世纪托马斯·莫尔所撰写的《乌托邦》，尼科罗·马基雅维利所著的《君主论》等，这些著作中多包含了作为统治阶级的资产阶级思想家的一些政治主张，在现代的观念看来虽仍具有一定的阶级局限性，但总的来说，这些思想的出现对管理思想和管理理论的发展起到了相当积极的作用。

(三)管理思想和实践的革命性发展

十八世纪六十年代在西方开始了工业革命，生产力得以迅速发展、工厂的生产规模急剧扩大、科学技术突飞猛进等现状都迫切需要有更先进的管理思想、管理理论和管理模式去指导管理的实践活动，从而促使了西方管理思想和实践的革命性发展。

工业革命期间西方各国出现了许多卓有成效的管理者和先进的管理思想。如英国人理查·阿克莱(Richard Arceny)便是产业革命时期一位卓有成效的企业管理者，他于 1769 年和 1771 年分别创建起了两个英国最早使用机械的工厂，工厂的规模极大，约有工人 5000 名，相互之间活动的协调和控制的问题十分突出，理查·阿克莱对整个工厂从人员组织、资金应用、各部门之间的协调和控制等方面都进行了合理的计划和安排，最终取得了骄人的管理业绩，他是进行有效管理的先驱。另一位著名的英国古典政治经济学家亚当·斯密(Adam Smith)则在他的管理理论中提出了“经济人”的观点和“分工”理论，他的“经济人”观点认为，人在经济行为中努力追求的完全是私人的利益，相互之间的协作和帮助的关系也只能建立在经济利益上；“分工”理论认为分工能提高劳动技能、减少由工作转换而带来的时间损失并有利于促进劳动工具的改革和新机器的发明。亚当·斯密的这两个理论适应了当时工业革命发展的需要，对管理理论和实践具有十分重要的影响，在一定程度上促进了管理实践的发展。

1841年10月5日，美国马萨诸塞-纽约的西部铁路上两列火车迎头相撞，造成多人死亡的重大恶性事件，该事件暴露了该铁路公司在管理上的种种弊端和无能，公众反映极大，在公众强大压力和政府的行政干预下铁路公司不得不对其管理制度进行了改革，公司老板交出了企业管理权，开始实施公司专门管理人员的聘用制度，在历史上第一次实现了管理权和所有权的两权分离。这一不幸事件的发生和结果，促使管理开始成为了一门真正独立的职业，从多方面有力地促进了管理学的进一步发展。

19世纪20年代以来，随着资本主义社会生产力的进一步加速发展，管理者仅凭个人的经验或认识进行家长式的行政管理而带来的生产劳动效率低下，人力、物力、财力、时间等各种资源浪费极大等弊端越来越显露出来，这类陈旧的管理方式已远不能满足社会化机器大生产的需要，迫切需要与之相适应的新的科学的管理理论和管理模式来指导管理活动进行，以利提高劳动生产效率、改善经营管理。在此情况下，在前期萌芽阶段许多管理思想和管理实践的基础上，一些管理学家又提出了新的管理思想、理论和管理模式，管理从此进入了一个崭新的阶段——古典管理理论阶段（科学管理阶段）。

二、古典管理理论阶段

古典管理理论阶段又被称作科学管理阶段，该阶段的管理理论被称为古典管理理论。该阶段中出现了许多著名的管理学家和管理理论，其中最具有代表性的是美国人泰罗(Fredenick. W.Taylor)及其“科学管理理论”；法国人法约尔(Henri Fayol)及其“一般管理理论”(Generale administration)，此外还有德国人韦伯(Max Weber)及其“行政组织理论”。

(一)泰罗及其“科学管理理论” 弗雷德里克·温斯洛·泰罗主要是以探讨如何在工厂中提高劳动生产效率为基础而进行试验和研究，他的这一研究方向与他的个人经历密切相关。

1856年，泰罗出生于美国费城的一个律师家庭，他的家庭希望他能继承父业当律师，他于1872年~1874年期间被送入新罕布什尔的菲利浦埃塞尔特中学学习，此后又前去欧洲留学，曾就读于法国和德国的学校，受到了良好的教育，后考上了美国哈佛大学法律系，但终因夜读过度导致视力损害严重，未能进入哈佛大学学习。他在其视力逐步恢复后进入美国的米德瓦尔钢铁公司当技工，由于工作出色逐步被提升为技工长、车间主任、总工程师，并通过业余学习获得了机械工程学位。他善于观察、勤于钻研，在其一生中收获颇丰，共获得各种专利100余项，1906年担任美国机械工程师学会主席；先后获得宾西法利亚大学名誉博士学位和霍尔巴特学院文科名誉博士学位，与怀特一起由于高速切削工具上的成就而于1902年获得宾西法利亚弗兰克林学院的埃利奥特·克雷森奖章。

泰罗在工厂的实际工作中发现工人在生产劳动过程中尚有很大工作潜力，但往往由于各种原因而无法将其充分发挥出来，于是他开始潜心研究如何动作使劳动效率最高及使用何种工具时劳动效率最高。为此，泰罗在贝瑟利恩钢铁公司让工人掌握标准化的操作方法和工具后，使工人日装运生铁量由1.25吨提高至47.5吨，这就是著名的“搬运生铁块试验”和“铁锹试验”。在此实验的基础上泰罗提出：工作时应按标准化的动作进行操作和使用标准化的工具，这样才可投入最少，而取得最好的效益，从而可大大提高劳动效率。后来他又通过总结自己多年的管理经验和通过实验，归纳总结出了一整套管理理论，并着手结合实际撰写了大量的管理著作，主要的有《计件工资制》(1895年)、《车间管理》(1903年)、《科学管理原理》(1911年)等，这些著作中的思想共同构成了泰罗的“科学管理理论”。

泰罗的“科学管理理论”的基本内容包括：

1.劳动方法标准化 泰罗选择合适该项工作而又有进取心的工人，并非像有些人想象的入选的都是那些智力或体力上都超出常人的人，而是强调工人的能力应与工作相配合。他对其工作中的每一个动作，每一道工序时间都进行详尽的记录并加以系统的归纳和总结，从而制定出了费时最少的标准的工作方法，确定了标准的劳动工具并使劳动环境标准化，由此又制定出了工人合理的日工作量，当然这种日工作量是以“能在不损害其健康的情况下维持很长年限的速度，能使他更愉快而健壮地生活”为标准的。通过这几项条件的标准化，大大提高了劳动效率。

2.协调集体活动 泰罗指出，工人和雇主都应认识到提高劳动效率对两者都有利，都必须来一次“精神革命”，雇主关心的是低成本，而工人关心的是高工资，当劳动效率提高雇主可以得到更多的利润而降低成本而工人也可以由于产量增高而获得高工资，因此他们都应该为提高劳动效率而共同努力。在一个组织内部，为使各部门的工人能协调、有秩序地进行工作，相互之间不发生冲突，还必须对集体活动进行协调，减少各部门相互之间的磨擦和内耗，才能促进效率的提高。

3.培训工人科学化 泰罗认为工人的能力应与其具体的工作内容相匹配，故应对工人进行严格的挑选，选择出适合该项工作而又富有进取心的工人，在仔细研究每个工人的特点并发现他的长处和不足后系统地有针对性地对他们进行培训、教育，这样才能最大限度地发挥每个工人的工作潜力。

4.差别计件工资制度 泰罗通过研究，制定出每日标准的工作任务，提出刺激性的差别计件工资制度。

(1)通过对工时的研究和分析，制定出一个定额或标准；

(2)按照工人是否完成其定额而采取不同的工资率，即按有否完成工作定额来确定不同的工资：对超额完成工作任务的工人发以正常工资的125%；刚好完成任务的工人以标准工资；而完不成任务

的工人以正常工资的 80%。以不同的工薪报酬促使劳动效率和产量的提高。

(3) 工资的支付对象是工人本身而非职位, 即应根据工人的实际工作表现而不是根据工作类别来支付工资, 泰罗不同意工会为了维护工人的团结而使同类工作的工人条件和工资实行标准化, 因为这样会挫伤工人提高生产率的个人积极性。

泰罗认为这种计件工作制能促使工人大大提高生产率, 企业的支出虽然增加了, 但由于生产率的提高幅度大于工资的增加幅度, 所以这对于双方都是有利的。

5. 管理职能专业化 泰罗指出, 应将管理的计划职能与执行分开, 设立专门的计划部门, 按科学规律制定计划和进行管理; 而管理工作又应划分为多份较小的管理职能, 这样每个管理人员可分担较少的专业管理职能; 此外在企业内部应有例外原理, 即较高级管理人员可把处理日常事务的权力下放给下级管理人员, 自己则保留对重大事件的处理权和监督权, 这样可提高管理效率。

管理例外原理是泰罗对管理理论做出的重大贡献之一。

泰罗的“科学管理理论”是一定历史条件下的产物, 有一定阶级局限性, 正如列宁在《列宁全集》中评价所说的“资本主义在这方面的最新发明—泰罗制也同资本主义其他一切的进步的东西一样, 有着两面性, 一方面是资产阶级剥削的最巧妙的残酷手段, 另一方面是一系列的最丰富的科学成就, 苏维埃共和国在这方面无论如何都要采用科学和技术上的一切宝贵的成就。社会主义实现得如何取决于我们苏维埃政权和苏维埃管理机构同资本主义最新的进步的东西结合的好坏, 应该在我国研究与传授泰罗制, 有系统地进行这种制度并使它适应下来。”从中可以看出: 泰罗所指出的一些管理学的基本原理为现代科学管理奠定了基础, 对管理学发展产生了深远的影响, 他的理论得到了广泛应用和传播, 他后来被称为“科学管理之父”。

(二) 法约尔(1841~1925)及其“一般管理理论” 亨利·法约尔(Henri Fayol)是古典管理理论在法国最杰出的代表。法约尔于 1841 年出生于法国的一个小资产阶级家庭, 19 岁时毕业于圣艾帝安国立矿业学院并获矿业工程师资格, 后进入康门塔里-福尔香色采矿冶金公司, 历任矿井工程师、矿井经理, 并在 1888 年, 公司处于破产边缘时被任命为公司总经理, 经过他的改革和整顿成立了新的康曼色公司, 他的经营生涯是一个漫长而成功的过程。

由于法约尔的个人经历与同一时代的泰罗不同, 故他们的研究方向和研究的重点也不尽相同。法约尔主要是以研究管理过程和管理组织为重点的, 在他退休之后, 法约尔一直致力于普及自己的管理理论, 他创办了“管理研究中心”, 并四处讲授管理课程, 概括地阐述一般性管理理论, 宣传管理的重要性, 并于 1916 年出版其代表作《一般管理和工业管理》(Administration industrielle et Generale)此外还有《高等技术学校中的管理教育》、《管理职能在事业经营中的重要性》、《国家的工业化》等多部管理著作, 法约尔是一般管理理论的创始人, 后来被尊为“管理过程之父”。

法约尔对管理学的主要贡献包括: 提出了十四项管理的基本原则; 完善、发展了管理的概念; 提出了法约尔跳板原理、建立参谋机构的思想及组织的效率决定于组织内在要素的思想等。

1. 十四项管理的基本原则

(1) 合理分工, 有效地使用劳动力 法约尔认为分工可以减少浪费增加产量, 分工不仅局限于技术工作, 也适用于管理工作; 合理使用劳动是在各种机构、团体、组织中进行管理活动所必不可少的工作, 而并非仅是研究人员进行理论研究的事情。

(2) 使职权与职责相适应 法约尔认为职权与职责应相互适应, 在担任一定职权的同时必须同时承担一定的职责, 而委以相应职责之同时必然应授以一定的权力。只有职权而无职责或只有职责而无权力, 都是不利于工作的。而一个优秀的管理人员还应该以其个人的能力对正式权力进行必要的补充。

(3) 有严格的纪律 法约尔认为纪律对于成功是极为必要的, 纪律应该是对协定的尊重, 纪律应以尊重为基础, 应尽可能公正。

(4) 领导的统一性 指一个组织为了同一个目的而进行的一切行动, 只能有一个领导和一个计划。双重的领导会直接影响管理的权威性和管理的效果。

(5) 指挥的统一性 法约尔认为在一个组织内每一个人只能服从一个上级并接受他的命令, 双重命令或多重命令也会影响领导权威和工作的稳定。

(6) 个人利益应服从集体利益 指个人利益和小团体的组织利益不能超越大团体的组织利益, 当二者之间出现矛盾时, 应服从大团体的组织利益。为了实现它, 必须克服自私、野心、软弱等可能导致二者冲突的个人情绪。

(7) 合理的报酬 尽量使报酬激发职工的工作热情, 对超额完成工作定额者应在报酬上有所体现, 而完不成定额的职工则得不到标准的报酬。而且报酬的支付方式、方法应公平, 合理。

(8) 权力的集中 法约尔认为权力集中的目的是产生最大收益, 而权力的集中或分散的程度是一个比例的问题, 应根据具体情况而定, 并且权力的分散与集中还应当具有一定的弹性, 不能一概而论。

(9) 有等级制度 在一定的组织内部, 应建立起明确的由低级至高级的上下级制度, 它可以表明命令下

达和回报呈送的路线，一般情况下不能轻易地违反它，当然在特殊的情况下，可以对其进行一些变通。

(10)秩序 指一定的组织机构内部的人和物都应有各自特定的位置，并应时常处于自己的岗位上，才能使组织内部井然有序，才能最大限度地发挥其功能。当然位置应按事物的内在联系，事先很好地选择。

(11)公平 主管领导人员对下属应公正、严明，不因关系亲疏影响其决断，这样才能获得下属的好评和忠心。

(12)人员稳定 一定组织机构内部的人事组织建立起来以后，应尽量保持其稳定性，过于频繁的更换人员，将不利于工作效率的稳定提高。

(13)有创新精神 工作过程中不能过分拘泥，应鼓励首创精神，各级工作人员应大胆提出新的设想和思路，才能真正提高和激发各级工作人员的工作热情，才能改进工作方法，从而提高工作效率。

(14)保持集体一致的精神 在组织内部和管理活动过程中，必须强调团体协作，使整个组织和全体员工都为同一目标而努力工作，而这种团体协作必须是各级员工尤其是上级应当努力保持和维护的。

法约尔特别强调的是，以上各条原理在管理过程中应当灵活地掌握和恰到好处地运用它，决不是死板地教条地死记硬背它。其实上述的一般管理原则，在法约尔之前有的管理人员早已在管理实践中加以了运用，但法约尔是第一个将它进行条理化并倡导所有管理人员共同学习的人。

2.充实、完善和发展了管理的概念

法约尔认为：经营和管理是两个不同的概念，经营是引导或指导一个整体趋向一个目标。根据具体情况可以指船长驾驶一只船，经理经营一个企业或政府首脑管理一个国家，经营中就包括了六种活动：技术活动、商业活动、财务活动、安全活动、会计活动、管理活动。他认为不论企业的规模大小，任何企业都有这六种职能或六种不同的基本活动，（管理只是这六种活动之一）在企业中各层次都应具备以上 6 种职能，只不过需要的程度不同而已。如，其中的管理职能的重要性是随着阶层的不断提高而不断增加的；而其它职能，如技术职能可能在高阶层中重要性相对较小，而基层中重要性相当大。管理活动又包括了五个不同的职能，即计划、组织、指挥、协调和控制。

关于管理的五个职能，法约尔作了进一步阐述。

(1)计划 计划是管理必要的因素或职能，一个好的计划，必须具有统一性、连续性、灵活性和精确性。

(2)组织 组织包含有关组织结构、活动和组织的规章制度以及职工的招募、评价和培训等。

(3)指挥 指挥的目的是为了整个企业的利益，从该企业全体人员中获得最大的效益。

(4)协调 协调是使组织的所有活动谐调，使工作顺利并获得效益。

(5)控制 即检验实施的事件是否与事先拟定的计划、预期的目标相一致，其目的是防止、发现和纠正错误的出现。

3.提出了“法约尔跳板原理”

在传统的企业组织管理中，各级组织应自上而下或自下而上逐级传达命令或回呈报告，但当企业规模庞大，级别过多时，则出现了拖延和滞后的弊端。为解决该问题，法约尔提出了著名的“法约尔跳板原理”——即平级的两部门之间可互相协调以解决问题，在二者协调后仍不能解决问题时，才各自向双方上级报告，由双方上级协调解决，以此类推。这样可迅速而有效地处理事务，而最高管理阶层有较多时间考虑重大决策性问题。

4.建立参谋机构的思想

法约尔认为，当企业规模扩大时，管理的职能也相应增多，在变化的管理机构中更是如此。要完成这些职能，不是一个人所能胜任的，故需要建立相应的参谋机构和设置相关的参谋人员，协助处理日常工作事务；进行联络与控制；制定计划及调整计划；研究如何发展等。

5.组织的效率决定于组织的内在要素的思想

法约尔认为，一个健全的组织要取得较高的效率，最重要的在于选拔适合于岗位工作的人才，根据各人的特长，安排各自的工作，以充分发挥他们各自的长处；采用正规的训练方法和设备，帮助他们克服自身的不足，提高人员自己的内在素质，这样组织才能更好地发展。

法约尔在管理学上的影响极大，尤其在欧洲大陆，他的关于管理的许多原理和理论，在我们的日常管理过程中被广泛地应用着。

（三）韦伯及其“行政组织理论” 行政组织理论的创立者是德国人马克斯·韦伯（Max Weber，1864~1920），他毕生从事于学术研究，他涉猎的学科范围很广，包括社会学、经济学、组织学等，尤其对经济组织和社会之间的关系研究深入，提出了理想的行政组织理论，其代表作是《社会和经济组织的理论》。行政组织形式的英译词为“Bureaucracy”，原意是指政府由官僚控制而不让被统治者参加，因此，韦伯的“行政组织理论”又被称为“官僚制度”，但与现在理解的涵义不同的是韦伯使用该词时并不带贬义，而只是用以表明集体活动中一种能预见其组织成员活动并保证实现组织目标的“理想”的组织形式。

韦伯认为组织中人们所服从的权力包括神秘的权力（Charismatic Authority）、传统的权力（Traditional

Authority)和理性化的、法律化的权力(Rational, Legal Authority)等三种,而只有理性化、法律化的权力才能成为管理行政组织的基础,才能带来最高的效率。

行政组织理论的主要内容包括以下方面。

1. 每个组织均应确定明确的职位等级结构,而每个职位均应明确规定其权力和职责。
2. 组织中,只有最高领导者可以获得掌权位置,其余各层次的管理者均应采取委任制或合同制。
3. 各层次管理者应具有一定的文凭且必须经过考核方能任用。
4. 被委任的管理者必须将职位当作其唯一的职业,并努力完成任务。
5. 组织机构中应该将生产资料的所有权与对其的管理权彻底分开。

韦伯认为,上述的行政组织形式原则上适用于各类型的组织,这样才能取得最高的效率。

总的说来,科学管理阶段的上述古典管理理论在结构、人员、领导和决策方面都有一些共同点:如强调结构分工;继承了亚当·斯密的“经济人”观点,认为金钱是唯一的激励因素;强调领导的绝对权威;强调以效率和利润为最主要目标;认为人的天性是好逸恶劳、想逃避责任的,因此,管理方式上强调对员工实施强迫、威胁、监督等手段;强调维持组织的稳定而不重视变革等。应该指出的是古典理论的上述这些特征既取决于资产阶级的立场而具有阶级局限性,同时也充分反映了管理理论在形成初期的历史局限性,尽管这些理论受到了后世众多学者批评,但古典管理理论在当时的确有力促进了资本主义社会的发展,对以后的管理理论产生了深远的影响,促进了管理学的进步。

三、行为科学管理理论阶段

在该阶段,管理学侧重于研究组织中人的行为规律,提出应注重人的因素,研究和改善组织内部各阶层中人与人的关系并采用激励的方法来提高人的劳动积极性,以促进劳动效率的提高。而研究则从哲学、社会学、心理学、人类学、生理学等不同的方向着手进行行为科学管理的研究。

(一)人际关系理论 人际关系理论(Human Relations Theory)出现于行为科学管理阶段的较早期,形成于20世纪30年代,该学说的研究目的是试图通过改善人与人之间的相互关系,从而激励员工更加努力勤奋地工作,以取得好的效率。该学说的创始人是原籍澳大利亚的美国哈佛大学心理学专家乔治·埃尔顿·梅奥(George Elton Mayo)及其助手罗特利斯伯格(Fritz J. Roethlisberger),他们在这方面的代表作有《工业文明中人的问题》、《管理与工人》、《管理与士气》等。

1927年梅奥与助手罗特利斯伯格获得美国国家研究委员的资助,在西方电气公司(Western Electric)所属的芝加哥附近的霍桑(Hawthorne)工厂进行了环境、待遇等多种因素与产量关系的试验研究。

他们首先进行了场地照明与产量关系的试验研究:在工人们反映照明过暗影响产量的情况下,采纳工人意见将照明度增强后,产量增加;而将光线再次暗下来,却出乎意料之外地发现,其产量并未明显下降。这个实验充分说明了二点:一是环境照明是影响产量的原因之一,但并非唯一的因素。此外,导致生产效率上升的一个重要原因是被试验者由于受到观察和注意,紧张度上升而致工作效率提高。

后来梅奥等人为了进一步探讨影响效率的诸多因素时,又进行了进一步的实验研究,目的是进一步探讨管理方式对产量的影响。他们对6名女工进行了为期5年的试验,在材料供给、工作时间、报酬等因素相对稳定的情况下,改变对工人的管理方式,并与工人进行交流,采纳工人的意见与他们保持友好的气氛,结果生产效率、产量都提高了,这个实验充分说明人际关系是影响生产效率的重要因素,劳资关系的改善十分重要,它使工人有了从未有过的成就感、信任感、胜任感和自豪感,从内心激发了她们的工作的激情,从而致使产量提高。

后来梅奥等人又进行了大规模的访问、调查并对非正式团体的作用等进行了研究。

1933年,梅奥等人将他们的理论进行了归纳,发表了代表作《工业文明中的问题》一书,提出了前期的古典管理理论所不同的崭新的观点。

梅奥认为:

1. 工人不仅仅是“经济的人”,而且还是“社会的人” 在古典管理阶段,管理者常把工人看作是单纯地为追求金钱而工作的“经济人”,常常认为只有金钱才是促进工人劳动积极性的唯一驱动力。而霍桑试验则充分说明了工人不是纯粹为金钱而劳动,他们也有着他们的家庭、心理、社会等各方面的需求,有安全的需求、爱与被爱、关怀与被关怀的需求等,所以促进劳动效率提高时,仅仅考虑金钱方面的刺激、工具和技术方面的革新是远远不够的,还应考虑满足他们情感等方面的需求。

2. 企业内部存在着非正式组织 企业内部除了正式的机构、职权、职责等,在企业内部的确存在着一些非正式组织。它们是工人们在共同工作之时形成的共同感情态度及倾向行为标准,自发形成的无形的团体,它会直接或间接地影响成员的言行:当非正式组织的目标与正式组织一致时,则可促进提高劳动效率;而当非正式组织的目标与正式组织背道而驰时,则可能影响劳动效率。所以应当充分重视非正式组织的存在并有意识地将他们引向正式组织的目标。

3. 工人的士气是提高劳动生产效率的最重要因素 霍桑试验证明:工作条件、生产工具和劳动报酬是影响生产率的重要因素,但不是最重要的因素。最重要的影响生产率的因素是工人的工作士气,当工人

的各方面需要满足后，工作士气则高涨，可以取得最高的劳动效率。

4、应提高职工的社会满足感 提高职工的社会满足感应该注意两个方面：一是注重工作场所中人与人之间的关系，包括上、下级之间和同级之间的人际关系；另一方面是个人生活中的人与人之间的亲密友好关系。

梅奥等人的研究成果为管理学的发展奠定了一定的基础，在其“人际关系学说”提出之后，又有许多的社会学家、心理学家、人类学家进一步对人类的群体行为进行了分析和研究，从而形成了行为科学的理论。

(二) 激励理论 1949 年美国芝加哥大学的一些专家正式提出“行为科学”一词，将心理学、社会学、人类学和管理学的成果综合归纳起来，建立了关于人的行为的理论，其主要目的是通过研究人们的需要、行为及人与人之间关系以促进生产环境、组织机构的改善和协调人与人之间的关系，从各方面促进员工工作积极性的提高，以提高工作效率。许多科学家从不同的侧面对此进行了探讨和研究，从而形成了一系列与激励相关的理论。

1. 人类的需要层次论 需要是指人脑对生理、社会需求的反应。人既是生物体，又是社会成员，为了自身与社会的发展，就必然会有一些需求，如食物、休息、睡眠、交往、情爱，而这些需求反映在人脑中则形成了他的需要。人类之所以能够相互联系形成人类社会也是由于有某些共同的需要。有许多的心理学家和哲学家都对需要进行了研究，其中最有名的是美国的心理学家马斯洛(Abraham H. Maslow)，他提出了著名的需要层次理论。

马斯洛把人的需要根据其重要性和需要满足的先后性划分为了生理需要、安全的需要、情感及其归属的需要、尊重与被尊重的需要以及自我实现的需要等五个层次，同时还提出：①在所有的需要之中，生理需要是最重要的，只有当生理需要被满足后，人才得以生存，后才能考虑其他需要的满足，而在生理需要中，有些需要又是需立即和持续予以满足，如氧气；而有些需要则由于紧急情况可暂缓，如睡眠，但即使是暂缓，该需要则始终存在着；②只有当一个层次的需要被满足后，较高层次的需要才会出现，并逐渐变得明显和强烈；③各层次的需要之间可以相互影响，有些高层次的需要虽非生存所必需，但它能促进生理功能，使之更加旺盛，这些需要未满足时，有时也会导致疾病甚至于致命；④随着需要层次的向上推移，各种需要的满足是因人而异的，受着个体的愿望、社会文化因素的影响，并由个人的心身发展所决定的，而需要的层次越高，其满足的方式则越有差异；⑤人类需要被满足的程度与健康是成正比的，一个人只有当所有需要被满足之后，才能达到其理想的健康状况。

马斯洛的需要层次理论在许多领域被广泛应用。

2. 双因素理论 在马斯洛提出其理论之后，还有许多科学家也对人类的需求及其满足方式进行了深层次的研究，如二十世纪五十年代后期，美国心理学家赫茨伯格(Frederick Herzberg)就根据他在匹兹堡地区对 2000 多名工程技术人员的调查访问结果而归纳总结提出了“双因素理论”。“双因素理论”认为影响人的行为和动机的因素包括外在因素和内在因素二种。外在因素又被称为“保健因素”，包括：工薪制度、劳保福利、工作条件、工作方式、工作环境、人际关系等，赫兹伯格认为，上述这些因素只能促使职工安于现状，而不能直接鼓励职工工作，提高劳动生产率，而只有内在因素（也称激励因素）才能真正激发起职工的工作热情，提高劳动生产率。这些内在因素包括：①在工作中获得的表现机会以及由工作而带来的愉快的感觉；②由于工作成功而带来的成就感；③由于工作出色而获得的上级赞扬、奖励；④承担一定职务带来的责任感；⑤对事业发展的期望。

赫茨伯格认为应当特别注意这些内在因素对职工的激励作用才能更好地激发他们的工作热情，从而获得最佳的工作效率。赫茨伯格的“双因素理论”得到了众多管理学和管理者们的认同和接受，但也有部分管理学和管理者持怀疑或否定的意见，但不论怎样，在现代的管理实践中“双因素理论”仍在被继续广泛地运用着。

3. 公平理论 公平理论是一个着重研究工资报酬分配的合理性、公平性及其对职工生产积极性影响的流派，它反映了“每个人都应公平地得到报酬”这种古老原则在激励方面的作用。该理论的代表人物是美国的为科学家亚当斯，他在与罗森鲍姆合写的《工人关于工资不公平的内心冲突同其生产率的关系》、与雅各布森合写的《工资不公平对工作质量的影响》及由他独自撰写的《社会交换中的不公平》等著作中逐渐形成并提出了“公平理论”。该理论认为，对一个职工的激励是对他的投入对报酬同他所了解的其他职工的投入对报酬的比率的一种函数，即 $Op/Ip = (Oa/Ia)$ ，其中， Op 代表职工对自己所获报酬的感觉，当然，报酬包括物质上的金钱和福利等，也包括精神上的被赏识、受人尊敬等； Ip 代表该职工对自己所投入的感觉，包括自己的受教育的程度、所做出的努力、用于工作的时间、精力和其他的无形的损耗等； Oa 、 Ia 分别代表该职工对作为比较对象的其他职工所获报酬和所投入的感觉。

一个人不仅关心自己所获报酬和付出劳动的情况，同时也关心他人所获报酬和付出劳动与自己所获报酬和付出的劳动之间的关系，并将自己过去在这方面的收支率做历史性的比较。当他感觉到他获得的报酬与付出的比值与他人所获报酬与付出的比值相同；或与自己过去在这方面的收支率相等时，就有了公平的

感觉，因而心情舒畅，工作努力；但当他感到比值不相等，自己所获偏少或现阶段所获偏少时，则会出现不公平的感觉，会产生怨愤不平，而影响工作的情绪，这时，他可能采取自我解释、另行选择比较基准、采取行动改变自己或别的职工的收支比率以及发牢骚、讲怪话、消极怠工、制造矛盾或弃职他就等行为以调节自己的不满情绪。

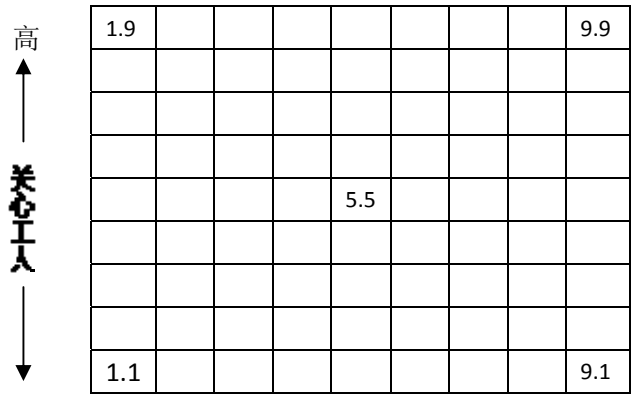
因此，该理论提示管理者应当充分注意工作量、工作待遇、奖金分配及成绩评定的公正性和公平性，力争消除各种不公平的因素，才能使职工有平等竞争的环境，才能促进劳动生产率的提高。

此外，美国著名管理学家弗罗姆(Victor.H.Vroom)在 1964 出版的《工作激发》一书中，提出了“期望值理论”，该理论认为一个人从事某项活动的动力大小取决于该项活动所产生成果的吸引力大小与该项成果实现机率这两项因素的乘积；德国心理学家卢因提出了“场动力理论”，他认为个人行为的方向和向量取决于环境刺激和个人内部动力的乘积，只有外部刺激和内部动力强度足够时，才能使刺激成为真正的动力。

(三) 领导理论

1. 管理方格理论 关于领导方式的问题的研究，最具代表性的是美国人布莱克(R.Blake)和穆顿(S.Mouton)二人的“管理方格理论”。该理论认为，领导的过程中管理者常常会特别注重某方面的因素而导致管理走向某个极端——或过于注重关心生产或过于注重关心人的天性，或过于强调人际关系等等，而这些管理模式均不利于生产效率的提高，所以他们设计了纵横交叉的方格图，以横轴表示领导对生产的关心程度，而纵轴代表领导对工人的关心程度，而将对这两个方面的关心程度均各划分为 9 个等分，就形成了 9×9 共计 81 个方格，形成了由这二个因素组成的占比不同的各种结合，从而将领导者的领导行为划分为不同的类型，见图 2-1。

布莱克和穆顿认为 1.1 的管理模式对工人和生产均不关心，是不称职的管理模式；1.9 及 9.1 类的管理模式分别属于俱乐部式和任务式的管理模式，也非理想的管理模式；9.9 的管理模式属于团队型的管理，既最大程度地关心生产同时又最大限度地体现了对工人的关心，最一种较好的领导模式。5.5 的管理模式也被认为是次好的管理模式。



2. X-Y 理论 美国行为科学家、麻省理工学院教授麦克雷戈(Douglas Mc.Gregor)进行了关于人性方面的研究并于 1960 年提出了“X-Y 理论”。他将传统管理理论中对人性的看法和对应的管理模式设定为“X”理论，而将他对人性的看法和对应的管理模式设定为“Y”理论。

X 理论认为：

- (1) 人们进取心少；
- (2) 往往不愿工作；
- (3) 往往不愿负责任；
- (4) 往往是被动的，只愿听指挥，不愿动脑筋；
- (5) 工作的原因是为最基本的生活安全需要。

麦克雷戈则反对 X 理论提出了 Y 理论，他认为：

- (1) 人们都喜欢工作，都是勤奋的；
- (2) 愿意负责任，适当条件下，还会主动寻求职责；
- (3) 执行任务时可以自我控制和领导；
- (4) 多数人都有高度的想象力、创造性；
- (5) 人们潜在能力往往没有得到很好的发挥；
- (6) 工作往往是自我实现的方式之一。

正是由于传统的“X”理论和麦克雷戈认为的“Y”理论对人的本性的认识方面存在着两种相反的态度和看法，故在管理过程中体现出来的管理方式也就截然不同了。传统的“X”理论认为，组织的目标与

成员的目标是相互矛盾的，所以管理者应主要通过权威的作用而指挥和控制下级的行为以实现组织的目标；而麦克雷戈提出的“Y”理论则认为，组织的目标与成员的目标并不是相互矛盾的，因此，管理的任务即是启发职工开发其内因、激发职工的工作潜能，而管理上则应强调促使职工的自我控制，而非单纯依赖上级的严格控制。

除管理方格理论、X-Y理论外，行为科学管理阶段的相关的领导理论还有领导方式连续统一体理论、团体动力学理论以及Z理论等众多理论也仍为现代管理学家们广泛运用。

从行为科学理论阶段的研究内容来看，科学家们既研究了人的本性，也研究了人的需求，以及如何运用各种激励因素激发职工的工作积极性，还研究了如何做好领导工作，将管理学、心理学、社会学艺术地结合在了一起，极大地丰富了管理理论的内容，同时也大大促进了管理科学的进一步发展。

四、现代管理理论阶段

在科学管理阶段，行为科学阶段理论发展之后，西方的管理界又出现了许多新的理论和学说。第二次世界大战中，英国为解决防空需要而产生了运筹学，将数量方法、电子计算机技术、统计判断、线性规划、统筹学、系统分析等方法应用其中，后来这些技术和理论又运用于管理学上，形成一系列的新的组织管理理论、方法和技术——“管理科学理论”，其基本特点是以系统的观点，运用数学、统计学的方法和电子计算机技术，为现代管理的决策提供科学依据，而通过计划与控制解决生产、经营过程中的各种问题。

（一）现代管理理论

二十世纪50年代后期，由于各个管理学家研究的方法、手段、技术和研究的方向不同，又出现各种不同的管理流派，而这些流派的理论在发展的历史起源和内容上相互联系，相互影响。形成了盘根错节的情况，美国管理家哈罗德·孔茨于1961年12月在美国《管理学杂志》上发表了《管理理论的丛林》一文，文章中根据这些学派林立的情景，形象地称其为管理理论的丛林。他当时认为管理理论应包括管理过程学派、经验学派、人类行为学派、社会系统学派、决策学派、数学学派等六大学派。到了1980年，孔茨又在美国《管理学会评论》上发表《再论管理理论的丛林》一文，指出在他重新对管理理论的丛林进行研究后，发现管理理论的丛林不但存在，而且更加发展壮大，可划分为11个学派，它们是：经验学派、人际关系学派、群体行为学派、社会协作系统学派、社会技术系统学派、决策理论学派、系统学派、数学学派、权变理论学派、经理角色学派、经营管理学派等。其实现代管理理论，远不止这些学派所能包括的内容，为更好更完善地认识现代管理理论，现简介部分学派的理论如下。

1. 管理过程学派 法约尔被认为是该学派的创始人。

该学派认为，管理是一个让别人和自己一道去实现共同的目标的过程；而管理的职能包括计划、组织、配备人员、指挥和控制五项，在不同的管理阶层内，五种职能都应同时存在，但由于阶层不同会出现重点不同的情况；而管理的原则都应当灵活地而非生搬硬套地运用。

这一学派的内部由于对管理职能的看法不尽相同，于是出现了许多种不同的流派。如孔茨主张管理有上述五种职能；厄威克则认为管理的职能有3项：计划、组织、人员配备；艾伯斯提出应有四项：计划、组织、指挥、控制；戴尔主张有7种职能：计划、组织、人员配备、指挥、控制、创新、代表；古利克也认为有7项：计划、组织、用人、指挥、协调、报告、预算；希克斯又认为管理的职能应有6项：计划、创造、组织、鼓励、沟通、控制。

2. 决策学派 该学派的代表人物是1978年曾获诺贝尔经济学奖的赫伯格·西蒙(Herbert.A.Simon),其代表作是《管理决策新科学》及《管理行为》。

该学派认为：

（1）由于管理人员的主要任务是决策，而决策又是管理的重要特征，故一切管理活动均应以决策为核心，决策即是管理的同义词。

从人员组成上看，组织的任何一个成员第一个决策即参不参加该组织，为此他必须先进行比较，究竟是他为组织做出的贡献多还是获得多，如果后者多于前者，他会加入，反之则他不会加入。

（2）组织决策是混合决策。

由于组织是多个个体组成的混合体，任何孤立的决策都达不到全面的合理性和客观性，所以组织决策往往是众多个人或集体所组成的混合决策。

（3）决策的过程就是管理的过程。

计划也是决策，组织、控制等都是决策，且各层次的管理人员也都在进行决策。因此，决策的过程就是管理的过程。

（4）决策应有经济方面的问题，最好用数字来定量描述。

支持这一学派的学者大多数是经济学家和数学家，但由于决策目前不被看作单纯的决策问题，而是组织内部的决策，既然涉及组织，必然涉及人及社会，故而现在的决策也涉及了社会心理学、心理学等众多学科。

3. 经验学派 这一学派的代表人物是美国的戴尔和德鲁克，其代表作是《管理理论和实践》和《有

效的管理者》。该学派以一个组织或管理者的实际经验为研究对象来分析管理，他们通过访问、调查、参观等方法，获得某个组织或管理者进行管理的成功或失败的实际经历，而通过对大批实例的分析，就可获得对成功管理的正确认识，从而建立起一套完全来自于实际的理论和技术方法。这种方法特别有利于学生和从事实际工作的管理人员理解和掌握原理，并使之学会行之有效的管理方法。

4. 人际关系行为学派 该学派认为，既然管理是使别人和自己共同完成同一目标的过程，那么与别人共同完成任务的过程中的人与人的关系就是至关重要的问题。因此，他们特别注意人的动机，以及有关激励和领导的问题，强调处理好人与人之间的关系，该学派常用的理论有马斯洛的“需要层次论”，赫茨伯格的“双因素理论”，布莱克和穆顿的“管理方格理论”等。

5. 权变理论学派 权变理论学派的代表人物是美国人卢桑斯。

他认为活动过程中各个部分行为、系统等相结合时，产生的是不分总和与部分的东西(即权变学说)，所以管理中没有什么一成不变的、普遍的、永恒的管理理论和方法来解决组织结构所面临的各种问题，应当根据组织内部的具体情况来分析和处理管理问题。所以该学派研究的对象不是个别的管理实例，而是大量相类似的管理实例，通过分析、研究、寻找出适合各种特定状况的方案系列。权变理论对管理的贡献就在于它指出管理没有一成不变的适合于任何情况的计划、结构和管理方式。

6. 社会系统理论 社会系统理论的代表性人物是美国人巴纳德，其代表作是《经理人员的职能》。

该理论认为：组织是一个由两个或以上的人员，有意识地相互协调活动而构成的系统，而系统是有级别的，划分级别的标准在于系统内所包含的成员数量和种类及成员向组织做出的贡献大小。一个系统可划分出不同等级或层次的子系统，而人类社会则是由多个系统组成的高级系统。

由于这些学派都是从不同的角度探讨管理过程中的部分问题，因而也就明显地带有一定局限性。近年来，管理科学又呈现出一种统一的趋势：有的管理学家则企图将不同的学派融为一体，创立起新的统一的管理科学理论，当然这些理论都是为管理过程提供指导方法，只有灵活地、机动地运用它，才能真正使管理理论在管理过程中发挥最大作用。

(二) 现代管理的特点 在现代管理实践活动中，由于组织必须面对并适应急剧变化的现代社会，单纯强调运用某一学派的管理思想和理论是远远不够的，必须要求管理者具有现代的管理思想和管理理念、建立科学的管理组织机构、运用先进的管理方法和手段进行管理活动，组织才能得以持续、高效地发展。成功的现代管理活动中还应该体现如下的一些特点。

1. 调人的因素 由于管理者是人、管理的对象中首要的对象也是人，对财、物、信息等其余对象的管理均要依靠人才能得以落实，因此现代管理活动中人的地位是特殊的。而人不仅是生物的人更是心理的人和社会的人，因此，管理活动的过程中对人的管理不仅要考虑到人的生理需要，还必须考虑到人的心理和社会的需求，尽量激发员工的工作热情和共同劳动的协作精神，最大程度地实现组织的目标。

2. 强调信息的作用 有学者已经指出“信息也是生产力”，这充分说明了信息在现代生活中的重要性。在现代管理系统中应该设立高效的信息系统，加强对信息准确、及时的采集、分析、反馈和运用，使信息发挥其“生产力”的作用。

3. 组织的绩效 树立起现代组织不仅是单纯追求单个人的工作“效率”，而更重要的是从系统的观念出发、从更高层面出发，从整个组织的利益乃至整个社会、人类的角度出发讲究组织的总绩效。

4. 强调系统分析方法 强调系统分析方法即是要求管理者随时运用系统的思想和方法指具体的管理活动，从组织整体的角度去判断、分析、处理问题，防止受局部、片面因素的影响而进行错误的管理决策。

5. 强调组织的预测能力 现代社会和组织的发展、变革是极其迅速的，为使组织适应不断飞速变化的社会和环境就必须强调组织的预测能力，要求组织用科学的方法和手段对未来的一些事件进行必要的预测，以便组织进行前馈控制。

6. 强调变革和创新 为使组织适应不断发展、变化的社会，意味着现代管理必须强调创新和变革，不能安于惯性运行的现状，使组织更适应社会条件的变化。

众所周知，管理活动是最早起源于人类的社会协同劳动的，但真正科学的管理学的提出却是在 19 世纪，它的产生和发展可以说是与许多社会科学，自然科学的发展密不可分的。管理学研究的对象包括人、财、物、信息、时间等 5 个方面，人是生物-心理-社会的综合的人，人既是管理的主体也是管理的受体，人的行为受着许多因素的影响，故管理人是十分复杂和动态的。其实不论是对哪个方面而言，管理工作都是十分复杂和动态的，为更好地研究它们，管理学要借助的方法和手段，更是复杂多样的。这样才能从各个不同的侧面去把握管理的研究对象，从这方面来看，管理学也是与许多学科密切相关的。而现代科学管理理论更是一些新的技术和理论运用于管理学而形成的，如数学、计算机技术、系统化、控制论、社会学、心理学、伦理学等。

管理学是一门不断发展的既古老又年轻的学科，可以断言的是随着自然科学和社会科学的不断进步与

发展,管理学中对被管理者认识的深度和范围会出现大幅的扩展,而管理学所能利用的技术手段必将日益先进和增多,管理学也必然呈现蓬勃发展的趋势,必定会有更高的以先进技术手段为基础的管理学的分支学科应运而生,这些分支学科则是管理学未来发展的方向。

第二节 中国管理思想的形成与发展

管理活动是在人类的劳动生产实践活动中逐渐形成和发展的,所以它与各地区生产力的发达水平及各民族的文化习俗密切相关。在中华民族悠久的历史、生产发展史中,出现了许多的优秀的管理实践者和管理理论学家,更有无数的杰出的成功管理实例可供学习。

一、中国古代的管理思想

在流传至今的中国文化历史宝库中,论述或涉及管理思想的作品比比皆是,其中包括政治管理、法律管理、经济管理、组织管理及关于人性的一些理论。

(一)政治管理思想 中国古代的政治管理思想的主要代表性人物是儒学大师孔子。孔子(公元前551年~公元前479年)名丘,字仲尼,鲁国人(今山东曲阜),其先人是宋国的贵族。他的政治主张是以“礼”、“义”、“仁”来统治国家和教化民众。

孔子提出了以礼为目的的管理目标。“克己复礼为仁”,为达到“仁”的境界必须按照“礼”的规定行事,“礼”是为统治阶级为维护其统治而设置的社会尊卑秩序,而“德”是指为这种等级秩序服务的各种道德方面的规范;孔子还主张维持严格的等级制度,以稳定社会的秩序,被统治者应守“礼”,尊“德”,因此提出了“君君、臣臣、父父、子子”的观点,即要求君、臣、父子要各守本分,按照各自的等级和名分行事,根据“礼”的要求,统治者与被统治者的界限被划分得十分清楚,各自“应该”做的事情也是有显著区别的,这种秩序无疑是有利于统治阶级维持其统治的。

孔子认为统治者治理国家应按“义”的要求进行,孔子说“为政以德,譬如北辰,居其中而众星共之。”他认为只要国君以道德教化来治理国家,百姓就会向群星环绕北极星一样拥护他,就会克服“礼”所造成的等级矛盾。“义”一要求统治者行为端正,以身作则;从大局出发;要选择正直的人来参与管理;对老百姓要采取加强思想上的说教,使他们从思想上服服贴贴地接受统治,安于受压迫的地位,但是孔子反对赤裸裸的暴力统治,他认为直接使用暴力和强制性的手段并不是一种好的管理方法。

统治者还应做到“仁”治,通过“仁”治来获得被统治者的拥戴、信任。首先,对被管理者通过以“仁”为内容的教化,就能使他们自觉地约束自己的行为以合乎“礼”规范,这样可以使被管理者安份守纪;其次,孔子说“仁者爱人”,他主张管理“爱人”和“使民以时”,以此达到实现“礼”的目标;强调用仁爱、用好处来征服人心,调节上下关系,劝诱部下尽忠效力;孔子强调不要过度地使用民力,使老百姓能安居乐业、正常到生活,不至于铤而走险,奋起反抗;孔子还主张不要给老百姓的赋税负担加得太重,应从“仁”的原则来出发以制定税收政策的。

孔子的这些显然对于维护当时的社会生活的正常秩序和运行有着很重要的意义。

而后儒家的另一代表人物孟子(公元前390年~公元前305年)在孔子的“礼”、“德”、“仁”为治的政治管理思想基础上,提出了新的主张,他在中国历史上第一次明确地提出了“民为贵,君为轻”的论断,又提出了“失民心者失天下”的观点;孟子又提出“得其心有道:所欲与之聚之,所恶勿施,尔也”,意思是,统治者绝不能将人民所厌恶的东西强加于他们的头上,而应该投其所好,让他们得到他们想得到的东西,以获得人民的拥戴。

孟子还提出了“使民以时”的思想,他认为应合理安排服役时间,不可延误农时,以免使人民的生计问题受到影响。另外孟子还特别重视能人和贤人在管理中的作用,提出统治者应以贤者、能者为师、应当尊重贤者和能人、待下属以诚相待的观点。他认为应当让能者在位,人与人之间应当相互尊重,以保持人与人的和谐和协调,还提出应当以“仁义”为先的思想。

道家的代表人物老子,则提出了“道”和“德”这一对相互对立却又相互联系的概念,更提出了要管理好国家首先应当“无为”的观念,因为他认为一切的罪恶、战乱均出自于“有为”——有欲望、有贪念。所以王侯将相都应无为,因为“我无为而民自化”、“我无事而民自富”,“我无欲而民自朴”。老子认为:因为人有欲望,才会争夺才会有战争,如果首先思想上清静无为,清心寡欲,那么社会必将安定,民众也就容易管理了。

(二)法制管理 我国古代法制管理的代表人物是法家的韩非子。韩非子吸取众家之长,加上自身的思想,形成了自己独特的法制管理思想,他认为要治理好国家必须要以法律治国而非人治,而且还必须做到法、术、势三者并用才能成功。“法”应该是一些条文、条款,是治国安家的根本,只有保持“法”的稳定性、严厉性,才有威慑力,才能保持国家的正常运行。“术”是指统治者驾驭管理臣民的办法,这也是管理过程中必不可少的。此外“势”也是必备的,“势”是指保障“法”能够执行的强制性势力,如军队、武力。如果缺乏“势”,有“法”也会不依,有“术”也不能保证臣民服从。所以在韩非子的法制思想中“法”是中心,而“术”、“势”则是保证“法”能正常进行的必要条件。他的法制思想至今看来也是有一

定先进意义的。

(三)经济管理 在经济管理上,孔子也有自己的一套理论,他认为人们不应当过分追求物质财富,应当平均分配社会财富,这样才能消除因分配不均而导致的各种问题;他主张国家不应征收太沉重的税赋,以免得百姓铤而走险;他认为国强必须民富,富裕时也得保持节俭,不能过于奢侈,当然节俭也应有尺度,应以不违礼为度,孔子的经济管理思想与政治管理思想是密不可分的。

荀子也提出了其“富国与富民”的思想,他认为只有民富才能国富,如民贫则必定国贫,此外荀子还提出,人有无贵贱差别的生理上的生理欲望,还存在有贵贱差别的某些欲望。他认为人的需求是永无止境的,只能以“礼”来进行限制教化;而人的能力大小有限,不能事事亲自去做,那么必然需要有社会分工,社会成员分工协作,能产生巨大力量,此外他还认为统治者以脑力劳动组织和指挥生产,被统治者以体力劳动具体劳动,这也是分工的一种形式;在农业商业中,应当重视农业,因为农业是一切资源的根本来源,只有重视农业,搞好农业,国家才能富强。

而西汉时期的桑弘羊则认为商业也是创造财富的来源之一,并非只有农业才能创造财富,此外他还认为应当注重各地区的特点,针对不同地区的不同特点进行有特色的经济生产,从而达到互通有无,促进商业的贸易和交流,桑弘羊还提出对部分特殊的商品,如食盐就应当交由政府统一管理其生产及销售。

(四)组织结构方面 现代的管理学认为要进行合理的管理则必需先建立起合理的组织机构,明确组织机构成员各自的岗位及职责,才能更好地进行管理。其实早在 2000 多年前,我国古代的管理学家们对此也早有研究了。

孔子认为建立管理的组织结构是必须的,而且是首要进行的。其组织结构的表现即为人类社会的各种社会关系的概括:君臣、父子、夫妇、兄弟、朋友等。这些关系都必定需以各自的“礼”来进行约束,即为父慈、子孝、兄良、弟悌、夫义、妇听、长惠、幼顺、君仁、臣忠,遵循了这些“礼”,并各自按自己的等级各分办事,才可维持组织结构内各种关系的协调统一。

荀子(生卒时间不详)赵国人,他的学术活动大约在公元前 289 年~公元前 238 年,荀子著书 20 卷,保存在现在流行的版本《荀子》书中的共有 32 篇,荀子认为整个社会的组织形式可根据统治者不同划分为两大类:统治者与被统治者;根据不同的社会关系则又可划分为不同关系:君臣、父子、兄弟、夫妻等;根据不同的职业来划分,又可分为农、工、士、商等。如此一来,整个社会的组织形式便勾勒了出来,可分为贵、贱、长、幼、知、贤、愚等不同的等级,各等级人员只用按照各自的行为标准行事就能保证整个国家秩序的井然。

对社会组织结构的管理出色的实例之一的是秦代实行的郡县制:朝廷下设 36 郡,每一郡下设数县,县下设乡,乡下设亭,这样就形成了一个由朝廷至郡、县、乡、亭的直金字塔形的庞大组织结构,而这些机构的各级又由分管军、政、刑法、财政等的不同等级的官员进行管理,这样的管理可以说是相当成功的,秦始皇统一天下后建立起的中央高度集权的封建君主国家,由于管理的得力,其国力的强盛在当时屈指可数。不难发现秦代的郡县制与古罗马帝国的行政组织结构形式是何等相似!

当然,这些管理思想在提出后,被封建帝王将相加之利用统治中国数千年之久,在中国的思想文化上留下了深深的烙印,有的带有明显封建色彩,但有的思想至今仍有一定积极意义,值得借鉴和学习,所以应当区别对待这些中华民族的文化遗产,但无论如何就管理活动的成效而言是十分成功的。

此外,关于人性的善恶问题,我国古代的许多思想家都进行过研究,孟子认为“人之初性本善”,人天生就有“恻隐之心、羞耻之心,恭敬之心及是非之心”,而人之所以干坏事,是因为受到了环境的影响。而荀子对人性的看法则恰恰相反,他认为“人之初性本恶”,人生来“饥而欲饱、寒而欲暖、劳而欲休、好利而恶害、薄愿厚、丑愿美、狭愿广、贫愿富、贱愿贵,是人之所生而有也”,每个人都是有欲望的,而且欲望是天生的,是不学而会,不教而能的,无论贤愚、肖或不肖,人人都是一样的,“好利而恶害,是君子与小人之所同也。”为满足这些无穷尽的欲望,故而出现争斗,出现战争。其实孟子、荀子提出的关于人性的善和恶的讨论与美国人麦克雷戈提出的关于人性的“X-Y”理论是十分近似的。

二、中国近代的管理思想

鸦片战争后,帝国主义列强以武力打开了中国的大门,西方的许多传教士便随着战争的硝烟进入中国,在中国传经送道,同时也将西方的管理思想带到了中国,许多中国的有识之士清楚地看到了中国自给自足的自然经济土崩瓦解的必然性,为富民强国他们提出了许多管理思想,力图富民强国,抵御外来入侵。

(一)魏源的管理思想 魏源(公元 1794 年~公元 1857 年),湖南邵阳人,鸦片战争的失败对他的思想震动很大,使他能潜心研究西方的学说,以寻求富国强兵之道,他先后撰写了《海国图志》、《圣武志》等著作,在这些书中反映了他的许多管理思想。

“重本抑末的思想”,魏源认为农业是本,工商业是末,并应以粮食生产的丰欠为国家贫富的标志,虽然,魏源未完全摆脱传统的“重本抑末思想”,但魏源也有超越前辈的地方,他也认为农业与工商业都是国家财实的重要构成要素,也应该重视商业和发挥商业的作用,他说“何谓开源之利?食源莫如屯垦,货源莫如才金与更币”,而且他还指出了在某些特殊的情况下,“货”往往比“食”更为重要,更是应该

优先解决的问题，这就明显的超过了他的前辈和与他同一时代的龚自珍的“食固第一，货即第二”的观点。

“税收管理的思想”，魏源提出国家的经济力量在于富民，民富则国强，若一味加重赋税，就是破坏国家财富，最后导致国家贫穷，因此在税收比例和税收管理等方面应该慎之又慎。

“工商管理思想”，魏源主张大力发展民族工商业，提倡改变政府垄断性的经营为有自由竞争性质的经营方式；

“科技管理思想”，魏源最早指出应“师夷长技以制夷”，而向夷族学习的具体方法是借助外国的技术人员传授技术，大力引进西方的先进技术和设备，开发矿业，以提高民族的综合国力。

(二)洋务派的管理思想 部分封建统治阶段内部的当权人物看到了封建统治的腐败无能，为维护其摇摇欲坠的统治，他们中以李鸿章、曾国藩、左宗棠、张之洞等人为代表，开始了洋务运动，提出了向西方学习的思想，即所谓“中学为体，西学为用”，就是说应当结合中国的传统情况，再学习西方先进的经验等，虽然洋务派发起的洋务运动最终夭折了，但它却相当程度地刺激了中国民族工业的兴起，而且洋务派提出的学习西方经验不能生搬硬套的观点，都是具有先进意义的。

(三)戊戌变法中代表人物的管理思想 戊戌变法代表人物之一的康有为认为经济上应强国应先富国，而富国则应大力扶持工商业，以商治国，政治上则主张推翻封建君主专制进而建立资本主义君主立宪制，在这种制度下，经济是公有制经济，没有贫富之分，社会生活中人人平等，没有权势高低，没有地位贵贱区别。

戊戌变法的另一代表人物谭嗣同则赞同自由平等博爱等资产阶级的平等，反对封建君主制，提倡兴民权。

孙中山先生也提出了“三民”主义的思想，他领导的辛亥革命成功后，中国民族工业得以发展，但由于受到封建主义、帝国主义、官僚主义的压迫，发展趋势相当缓慢，但在此期间，仍有许多好的管理经验和实例值得现估的人的借鉴，遗憾的是我国的管理思想与国外相比缺乏系统性。

三、中国现代的管理

新中国成立后，管理作为一门研究管理活动过程中规律的科学，更受到公认和重视，人们开始系统学习和借鉴国外的先进管理思想、方法和模式，来改进我们的工作。尤其是改革开放后，我国政府也更加重视总结几十年来的管理经验，更加积极地引进国外有益的管理理论及方法，各个企业组织机构内部都是如此。相信我们一定会寻找到符合中国国情的先进的管理模式，促进各行各业的加速发展。

【实例分析】

某三级甲等医院里召开了护士长管理交流会,其中有两个病区的护士长都对其管理的模式和取得的管理绩效进行了总结。

护士长甲认为，要做好护理管理工作的关键是规章制度落实并带头严格执行。要严格奖惩制度，年终将对每个护士的工作业绩进行评比，以此作为晋升、晋级的唯一标准；平时的上下班都采用打卡机进行记录，迟到、早退一次罚款 50 圆；加班工资也按照国家规定，发给平时日工资的 2 倍；发表论文一篇奖励 200 圆等。在护士长甲的领导下，该护理组的工作完成得相当不错。

护士长乙认为，要做好护理管理工作的关键是领导的榜样作用。她每天提前 30~60 分钟上班，下班后常常主动加班，还经常无私地帮助别的有困难的同事，对困难她总是一声不吭地带头完成，对医院下达的各项要求完成得总是比病区内的任何一名护士都出色，在她的带动下，该护理组的护士们工作相当努力，工作勤勤恳恳，多次被评为优秀护理组。

请问：你认为这两名护士长的管理方法正确吗？为什么？你认为应该如何进行管理？

【参考文献】

- 1.郭咸纲.西方管理思想史.北京:经济管理出版社,2002
- 2.王德清.现代管理学原理.重庆:西南师范大学出版社,1998
- 3.王德中主编.管理学原理.成都:西南财经大学出版社,2000
- 4.王德中主编.管理学.成都:西南财经大学出版社,2001
- 5.刑以群.管理学.杭州:浙江大学出版社,1997
- 6.杨文士,张雁主编.管理学原理.北京:中国人民大学出版社,1994
- 7.云冠平,胡军,黄和平主编.管理学.广州:暨南大学出版社,1997

(罗羽)

第三章 管理的基本方法论

The fundamental methods of administration

【教学目标】

识记

1. 解释名词：目标管理、预测、决策。
2. 正确叙述现代管理的基本方法论。
3. 正确说出现代管理的各项基本原理和基本原则。
4. 正确说出实施目标管理、预测、决策的基本程序。

理解

1. 正确理解现代管理的各项基本原理、原则的主要观点。
2. 正确理解现代管理的基本方法论。

应用

能正确选择运用合理的管理方法进行护理管理实践活动。

为达到预期的目标并最终实现组织的功能，各种管理实践都必须借助一系列科学、有效的手段和方法才能使管理职能得以落实，最终实现管理理论对实践的指导作用。因此，管理方法常常又被看作是管理理论与实践之间的桥梁和纽带。管理方法的掌握对于管理者而言十分重要，管理方法的选择常常会影响整个管理活动的成败，管理者在管理实践中使用的方法得当，往往能取得事半功倍的绩效，作为管理学的重要组成部分，在科学技术飞速发展的今天，对管理方法的研究和应用已发展到了一个新的高度，而管理方法也随之而发展成为了一门有着其独特的研究对象、研究目标的新兴学科。

第一节 现代管理的基本方法论

方法是指实现预定目标的手段、措施。管理方法则是指为实现组织的目标而采取的手段和措施，是人们在长期的管理实践活动中形成并归纳、总结出的经验总和。

在管理者们长期的积累和运用的过程中，现代的管理方法已形成了一个有着坚实理论基础的理论体系，该力量基础除以辩证唯物主义、历史唯物主义等马克思主义的哲学体系作为认识世界、改造世界的最科学、最严密的理论体系外，系统论、控制论及信息论等理论也是其重要的组成部分。

一、系统论

系统论最早期、最完整的表达形式是一般系统论，一般系统论的基本思想是 20 世纪 20 年代初由美籍奥地利生物学家贝塔朗菲（L·VON Bertalanffy）提出的，它是在对自然科学的研究基础上发展并形成的关于系统构成和发展、演化的规律的科学，系统论对于现代管理理论与实践具有相当重要的意义。

系统论的基础即是系统的概念及其基本特征。

（一）系统的概念 系统是由两个或两个以上的相互作用和相互依赖的、但又相互有区别的要素组成的、具有特定的功能、结构及其共同的目标的有机集合体。由该定义可发现，一个系统应该包括如下几个方面的内容：①要素，要素是指构成该系统的各基本组成部分，是由一定数量物质、能量及信息所构成的基本单位，系统均能分成两个或更多的要素，因此，不同要素间的组合便构成了不同的级别的子系统或分系统，但需要明确的是子系统、分系统与要素之间是存在着区别的，前二者已具备了系统的基本特征而要素尚未完全具备这些特征；②结构，结构是系统存在的框架，系统的结构是指系统内部的诸要素、子系统或系统之间由于相互作用、相互关系而形成的秩序、结合方式及比例关系等，因此，结构表明了该系统的存在方式，同时也是决定系统及功能的最基本的因素；③功能，系统的功能是指在一定的内部条件和外部环境下系统所具有的达到预定目标的能力，具体讲系统的功能就是系统具有的将投入转化为产出的作用与效率，应该说系统的结构与功能是相互联系的，结构是系统内在的、静态的存在方式而功能则是系统外显的、动态的表现形式。一般而言，系统的结构决定其功能而系统的功能却又能反过来影响其结构，因此，在研究系统的功能时必须考虑到系统的结构情况；④环境，系统的环境是指存在于系统外部的、能影响其功能的各种因素的集合。系统的环境是在不断变化着的，而这些变化常常通过系统与环境的物质、能量和信息的交换而影响着系统的运行情况及其功能，当然系统的活动和功能也常导致系统的各环境因素的属性及状态发生变化。

（二）系统的特性 系统可以按照不同的分类标准进行分类。按系统的来源可将系统分为自然系统、人造系统及复合系统。一般而言，管理学所研究的组织系统均是复合系统，这些系统具有以下几方面的特性。

1. 整体性 系统的整体性是指由于系统是由相互联系、相互作用的要素和子系统构成的有机整体，因此，首先系统的任一组成部分均不能离开整体而独立存在着，当然，当整体失去任一组成部分时也往往难以维持其完整的形态且保持其原有的功能；此外，系统的整体目标也是各组成部分共同努力而达到的总目标，这便不同于各组成部分分目标的简单线性相加；最后，系统作为整体存在时往往具有其各组成部分

所不具备的功能和特性。

2. 关联性 由系统的定义可发现系统并非是一些毫无相关的事物的简单的堆积和混合，系统的各要素或子系统是相互关联、相互制约的，而且还与外部环境同样相互关联和相互制约着，正是这种相互关联和相互制约的关系构成了系统并成为了决定系统功能的基本力量，也是系统整体性得以维持的前提条件。

3. 有序性 系统的有序性是指系统在其结构、运动方式等方面表现出来的秩序和规律。系统的有序性具体表现为系统结构的有序性、运动的有序性和系统的发展变化的有序性等多种形式。

4. 自适应性 系统的自适应性是指系统在外界环境和内部结构不断变化的情况下，保持系统正常而稳定的运作，使原定的目标不受到干扰和破坏的特性。

5. 自组织性 系统的自组织性是指系统具备的能自我组织、自我完善的能力和特性。系统能根据环境的变化情况和系统目标的发展情况自动改变系统内部结构以适应环境的变化。

二、控制论 1948 年，诺伯特·维纳（Nobert Wiener）出版了《控制论——关于在动物和机器中和通讯的科学》一书，提出了著名的控制理论，在该书中维纳指出控制论是一门研究机器、生命和社会中控制和通讯的一般规律的科学，其目的是研究动态的系统在不断变化的环境条件下如何保持平衡或稳定状态。

（一）控制的概念 “控制论”一词来源于古希腊文“操舵术”，其原意是指行船、掌舵的方法和技术，在柏拉图等希腊哲学家的著作中该词常常用以比喻为“管理人的艺术”，维纳认为“控制是为了改善受控对象的功能或促进其发展、获得并运用信息，并作用于受控对象的过程”。由该定义不难发现控制的基础是信息，而一切信息的传递均是为了控制，但控制又必须通过信息的反馈得以实现，信息反馈是指由控制系统将信息输送出去，再将其作用结果返送回来、并对信息的再次输出产生影响而起控制作用以达到预定的组织目标。

（二）控制论的基本组成部分

1. 信息论 主要是关于各种道路中信息的加工、传递和储存的统计理论。

2. 自动控制系统的理论 主要包括反馈理论，是指从功能的角度对机器和生物体中的调节和控制的一般规律的研究。

3. 自动快速电子计算机理论 这是与人类思维过程相似的自动组织逻辑过程的理论。

（三）控制论中系统的主要特征

1. 系统是有预定的稳定状态

2. 从系统的内部到外部环境均存在着信息的传递

3. 系统具有专门用以校正其行动的控制系统

4. 为维持系统的稳定性，控制系统的控制作用是动态的

正如维纳所述，控制论的目的在于创造一种语言和技术，使我们有效地研究一般对控制和通讯问题，同时也寻找一套恰当思想和技术，以便通讯和控制等问题的各种特殊表现都能借助一定的概念加以分类。控制论为多领域的科学研究提供了思想和技术，在多领域中得以广泛运用，而管理学更是控制论得以广泛运用的重要领域，运用控制论对管理过程进行分析和说明极大地提高了管理的绩效。但在管理活动中，作为管理职能之一的“控制”与控制论所言的“控制”有着相似之处，但同时也存在着明显的区别，前者是为确保组织目标及为此而制定的计划得以实现，管理者事先拟订标准对下级工作进行衡量、测量、评价并纠正其偏差、调整整个管理工作的过程。因此，管理的控制工作是一个完整而复杂的过程；而控制论中的“控制”究其实质是一个简单的信息反馈的过程，其反馈的信息往往是较单纯的。

三、信息论

信息论（information theory）产生于 20 世纪 40 年代末，由美国数学家申农（C E•Shannon）提出，1948 年申农发表了《通信的数学理论》一文，他将概率测度、随机过程和数理统计的方法引入了通信理论，从而开辟了研究信息的新方法，也奠定了现代信息论的基础。

“信息”作为一个正式的名词的时间并不长，但作为人类生存所必不可少的元素，信息对人类的影响无时不在，而且随着科学技术的飞速发展和进步，信息的作用越来越明显，近年有学者已经提出信息也是生产力的说法，还有学者将信息与材料、能源一起列为了现代科学技术的三大支柱，认为信息对于现代社会的发展起着举足轻重的作用。

（一）信息的定义 信息在日常生活中是一个并不十分精确的词语，信息一般被看作是具有新内容或新知识的消息，它可以是消息、情报、也可以是新闻、知识、各种数据，信息又常常通过符号、信号等具体的形式表现出来，而信息所处的环境也不仅仅局限于传统的宏观系统了，不少学者提出微生态系统中也存在着物质流动、能量流动和信息流动，而微生态系统内部的信息传递、转换和调控主要是指由基因的传递而引发的，主要通过 DNA、蛋白质、多糖、糖蛋白、糖脂以及物理信号、化学信号介导。

对于信息的描述也是多种多样的，管理学上一般认为信息是指经过加工、处理后对组织的管理决策、管理目标的实现具有参考价值的相关数据。

（二）信息的特征

1. 信息具有非消耗性
2. 信息能影响并决定着组织的生存
3. 获取和使用信息需支付费用
4. 信息具有极强的时效性
5. 信息的加工方法具有多样性

(三) 信息的作用 随着社会分工协作的不断发展和组织规模的日渐扩大,信息在管理活动中的作用也愈加明显,具体的作用可以体现在下列几个方面。

1. 信息是进行管理决策的依据 众所周知,进行决策的正确性受着多种因素的影响,其决定性的因素即是对于未来即将选择的行为后果判断的准确程度,但对行为后果判断的准确程度无疑与决策者掌握信息的全面性、及时性和准确性密切相关,当信息掌握不够充分时,决策往往就失去了根本依据,常导致最终决策的失误乃至失败。

2. 信息可为组织带来收益 信息是一笔无形的财富,能给组织带来极大的收益,但信息的这一特性往往不为人们所重视。由于信息准确而及时,使组织在进行决策时往往快速而有效,组织目标能随时追踪到社会的最新需求,自然为获取最大的效益提供了可能;而现代的信息技术的广泛运用又能大大缩短信息传递所需的时间,使工作效率和工作收益也得以大幅度提高,更为组织获取更大效益创造了条件。

3. 信息是重要的资源 虽然信息看起来并非具体用于生产或消费的物品,但在现代社会中信息作为能增加国民财富、显著提高社会的生产效率和人民生活水平的重要资源已是毋庸置疑的,现代管理学家们已认为信息与原材料、生产工具、能源和劳动力一样成为了主要的生产资源之一,因此,信息的占有程度与原材料等的占有程度均成为了直接影响着组织和整个国家发展的关键。

20 世纪 70 年代后期,电子计算机开始逐步融入社会生活的方方面面,信息革命也发展到了一个新的阶段,信息论开始与系统论、控制论等结合,出现了“三论”融合的趋势。由于信息论主要研究的是信息的传输及相关问题、控制论研究的是如何运用信息以达到有效控制的问题,而系统论研究的则是如何利用信息实现系统的最优化问题,由此可见,这三种理论均以系统为研究对象,并均被要求以系统和信息的观念来处理各自的问题,信息作为其核心,始终贯穿于各自的活动中,促使它们出现了统合,出现了早期的信息科学,伴随着信息论的全面的广义化,信息论与诸多的技术性及理论性领域的多门学科出现了彼此交叉、彼此渗透,派生出了多门新兴学科,而信息论本身也得到了长足的发展并大量吸收了哲学、仿生学、人工智能科学等学科的众多学说,以申农的信息论为基础信息论已进一步发展成为了一门以信息作为主要的研究对象、以信息的运动规律为主要研究内容、以现代的科学方法作为主要的研究方法并以不断扩展人的信息功能为主要研究目标的包含了诸多新兴学科的综合性的学科群——现代信息科学,在现代社会管理实践中发挥着越来越重要的作用。

第二节 现代管理的基本原理和原则

管理既是一门科学,也是一门艺术,掌握了管理过程中存在着的一些基本规律、原理、原则和方法显然对于管理实践的开展具有极大的意义。

一、基本原理

(一) 系统原理 管理的系统原理具有重要的理论地位,是现代管理学研究的重要成果之一。

管理的系统原理,就是运用系统论思想和分析方法来指导管理的实践活动,解决和处理管理中的实际问题。管理的系统原理来自一般系统理论,要深刻理解和掌握管理的系统原理实质。首先应了解和掌握系统理论的基本概念和内容,才能将系统理论应用于管理问题的研究,进行研究时必须把管理的组织机构以及被管理的组织机构本看成是一个复杂的社会系统,一般将管理的组织机构称为管理系统,而被管理的组织系统则称为组织系统。

1. 组织系统 现代社会的组织均是复杂的系统,具备自身特定的组织目标,能将输入转化为输出并达成系统的最终目标,产生一定的社会影响或满足社会的物质需求并获得相应的经济收益。组织系统的子系统包括如下集中不同的类型:①传感子系统;②信息处理子系统;③决策子系统;④加工子系统;⑤控制子系统。各子系统各施其职,具备各自的子目标而最终达成组织的总目标。

2. 管理系统 管理系统又被称为组织指挥系统,是整个组织系统的核心,一般而言该系统由行政管理系统和职能管理系统两部分组成,管理系统又通过一定的结构和计划、组织、指挥、控制、协调等手段起到管理的作用并促进完成组织任务。

管理系统的结构是指管理系统中各组成部分之间的比例关系。管理系统的结构可按管理职能和管理层次进行分类,按管理的职能分类,管理系统可分为计划管理系统、组织管理系统、指挥管理系统、控制管理系统等不同的类型;而按管理的层次分类,管理系统可分为最高管理系统、中级管理系统和基础管理系统等 3 部分。

最高管理系统:最高管理系统也称战略管理系统,是管理系统的最高管理层次。其主要职能是从系统的整体性出发,管理和解决系统发展的战略性问题,保证系统能在环境不断变化的情况下继续生存并继续

发展。

中级管理系统：中级管理系统也称组织管理系统或经营管理体系，该管理体系是为保证系统实现目标而组织实施最高管理系统决策方案的中间管理层次。

基础管理系统：基础管理系统也称技术管理系统或操作管理系统，该系统是管理系统最基础的层次，也是实现系统目标的具体组织者。

3. 管理的系统原理

对管理者而言，运用管理的系统原理就在与应以系统的观念和系统的方法对组织活动实行系统的管理。以系统的观念看来，管理活动的实质任务就是协调系统内部各要素之间、要素与系统的整体之间、系统与环境之间的关系，以保证系统功能的实现和系统目标的达成。在管理的过程中应该把被管理的对象也看成一个系统来进行管理，这就要求要对组织系统的构成要素、结构、功能、环境等方面进行深入的研究，从而确定具体的管理手段和方法。

（二）人本原理 众所周知，搞好管理有着两种截然不同的管理哲学，即以“人”为中心的管理模式和以“物”为中心的管理模式，从西方管理学理论的发展史中不难发现有着以物为中心发展到以人为中心的演变趋势，而随着社会的不断发展和进步，以人为中心的管理模式已深入人心，并且取得了相当的管理成就，现代的学者们也因此而提出了管理活动中应该遵循的人本原理。

人本原理是强调管理活动中人的核心作用的原理，它是以现代人本主义为主要内容，强调在管理的诸要素中“人”是最重要同时也是最积极的决定性因素，人本原理认为管理就应该主要是由人进行的管理和对人进行的管理，因此，管理活动必须以发挥人的积极性、创造性和主动性作为首要问题，再运用各种科学的方法和途径，调动人的积极性、激发人的工作热情、充分发挥人在组织活动中的中心作用。

人本主义管理的观念已被大多数人所接受，但在不同的社会制度中，由于生产资料的占有制度不同，人本原理所发挥的作用也不尽相同。资本主义制度下，由于生产资料由私人占有，劳动者与生产资料的占有者之间存在着不可调和的尖锐矛盾，生产资料的占有者往往把工人与生产资料一样当作是获取最大利润的工具，即使在现代管理理念的促使下，在管理实践的过程中积极采用了一些调动工人积极性、激发工人的工作热情的手段和方法，也不能完全改变其利用工人创造更多剩余价值的根本目的和最终目的，因此，在资本主义制度下的人本主义管理模式并不能真正改变被管理者受剥削的社会地位、也不能真正发挥人的创造性作用。而社会主义制度实行生产资料公有制，这种制度为管理活动中能真正发挥人的主观能动性提供了充分的前提。

管理过程中运用人本原理时应该注意以下几方面的问题：

1. 强调人在管理过程中的主导地位 管理的核心和动力均来自于人，管理活动的目标由人制订、计划的制订和最终的实施也必须由人完成，管理者是人而被管理者也是人，管理的其它对象包括物资、材料、信息、资金等也必须由人进行运作，因此，人在管理过程中的作用是无可替代的。

2. 应根据人的特点做好对人的管理 首先应该采取积极有效的措施激发被管理者的工作积极性和主动性；其次，应合理地组织并使用组织中的相关人才，做到人尽其才；最后，管理者还应为被管理者提供良好的工作环境和条件以及必要的物质、精神以及权利方面的支持，使被管理者能真正充分发挥其聪明才智，最终协助组织达成预定目标。

3. 创造和谐的组织人际关系 根据行为科学的研究报告，组织内部的人际关系是影响其组织目标实现的重要因素之一。要在组织中营建起和谐的人文环境就必须首先确立被管理者的主人翁意识和主体意识并着手改革传统的组织结构和管理方式，提倡民主参与意识，形成一种崭新的提倡全员管理和民主管理的管理方式。

4. 积极做好组织成员的继续教育和培训工作 随着社会的进步和科学技术的发展，要充分发挥人的作用、不断提高人在管理过程中的重要性还必须提高人的自身素质和能力，接受终身教育的观念已逐步树立，远程教育、网络学习、实际工作中培训、工作范围的改变等现代教育手段和教育方式的革命性进步也为此提供了可能。

（三）动态原理 一切事物都是处于不断发展和变化的过程中，管理也不例外。从远古时代实践活动中萌发的管理思想到现代的管理理论，管理理论的发展历经了一个漫长的发展过程，而人、物、财、信息等管理对象处于随时变化的状态也决定了管理者进行管理实践过程的动态性，决定了任何管理活动都应该遵循的管理的动态原理。

管理的动态原理强调在管理过程中，在管理对象和外环境不断运动和变化情况下，应注意不断调整管理方法、选择适当的管理手段，以适应各种变化，最终实现组织整体和长远目标。在管理实践活动中重视管理活动的动态特性对于提高管理的针对性、有效性，适应社会发展的需要，克服呆板、一成不变的僵化的管理模式具有积极的意义。运用管理动态原理时，还必须强调运用辩证的观点看事情、学会辩证地考虑问题，认清事物发展变化的规律，为认清并把握事物变化的趋势、有的放矢地做好管理活动奠定基础。

（四）效益原理 最终实现一定的效益是管理系统的最基本目标和最终的目的。一般而言，效益包

含经济效益和社会效益等两个方面，经济效益是指系统为社会创造的各种有形财富，而社会效益则是指利于国家、社会全局和长远发展的无形财富，经济效益是易于被人们认可和容易判定的指标，但作为无形财富的系统产生的社会效益却是人们在评估系统效益时极易忽视的，因此，管理的效益原理运用时便强调管理者在追求效益时，应该注意对经济效益和社会效益两方面均进行合理的评判，以真正体现出组织的效益。

此外，系统的功能之一就是通过管理能使最小的投入获得尽可能大的产出，即以最少的消耗获得最大的效益，因此，管理实际的本质也就在于有助于创造尽可能多的经济效益和社会效益，而为社会提供尽可能大的贡献。由此可见，只讲工作量而不讲实效的管理活动就是违背管理效益原理的管理活动，不讲效益的管理也就显得毫无意义。

二、基本原则

原则是指根据对客观事物的基本原理的认识，要求人们共同遵循的行为准则。管理原则就是管理者在管理过程中应该遵守的相关行为准则。

（一）整分合原则 整分合原则是指管理者在进行管理活动的过程时应把管理的过程当作一个系统，并将该系统放入动态的环境中进行分析，并从组织整体的角度把握环境、确定组织的整体目标，然后围绕组织的整体目标进行系统的分解、分工和落实，最后根据组织系统的整体规划和要求对各环节、各部门分散的管理活动进行协调和综合，靠整体的力量完成整体规划并达成组织总目标。上述管理活动的不同阶段具有不同的工作重点和工作内容，第一步是系统的整体设计——即所谓的“整”；第二步是在整体设计的基础上对任务和目标进行的分解和分工——即“分”；第三步是在分解、分工的基础上对总的组织目标进行的整体协作和综合——即“合”，等三个步骤，几个步骤相辅相成，完成了整分合原则的实施步骤。

整分合原则在实际运用时要注意以下几点：

1. 着眼于组织的长远利益和整体利益，进行系统结构与功能的整体优化，全面、系统、动态地把握并制订具有战略性的整体目标；

2. 根据系统的整体任务、结构、功能形成合理的专业分工体系和组织结构，并进行管理任务和组织目标的合理分工，确保整体任务的落实；

3. 以整体任务和目标的达成作为标准，各部门协作达到分目标，对各分目标进行系统的综合与优化；

4. 协调各子系统与组织成员之间的关系及分目标与总目标的关系；

5. 应加强子系统间及组织成员间的信息沟通力度；

6. 建立起有效的反馈机制和评价体系以保证活动不偏离组织总目标的要求。

（二）相对封闭原则 所谓管理的相对封闭原则又称为管理的相对闭环原则，是指管理者在进行组织管理活动时，必须把管理组织当成一个与外部环境有密切的物质、能量和信息交换，但其内部又有着相对稳定的结构和特定的工作任务的系统来进行管理。管理的相对封闭原理在一定程度上反映了管理系统及管理活动具有的相对独立的特性。

系统必须有区别于外界环境的边界和与外界联系的接口，正是由于系统边界的确定使组织系统得以从外部环境中相对独立出来而成为了一个实体，从而保证了系统自身结构和功能的相对稳定性；而接口又保证了系统与外界环境的联系，使系统结构、功能也同时受到外环境的影响。因此，系统具有一种相对的独立性，这是系统得以存在并不断发展的前提。

管理的相对封闭原则强调管理活动的过程中管理活动及各管理机构之间的相互制约、相互促进的关系。在管理活动进行的过程中除了为达到组织目标共同努力协作的定向力量外，组织内部还需要建立一种能保证组织系统及各组成部分的运动方向的约束机制，共同形成制订与完成的目标回路，以保证组织系统的存在和发展。

（三）能级原则 能级原则是以人为中心的管理所应该遵循的原则之一。

能是指物体所具有的做功的能量，而现代管理活动中能则是指人们从事组织活动和管理活动的能；级，在物理学中表示物质内部或系统内部的结构、秩序、层次等，而在管理活动则表示管理机构的不同环节和层次。人在组织活动中表现出的能力大小取决于其智力、体力等方面的差别，具体表现为不同的人从事同种性质的工作时在同样的时间内完成任务数量上的差异以及在从事不同性质的工作时表现出的不同的速度和效率。显然，不同环节和层次上的管理人员所处的位置 and 所需要的相应的能力是不完全相同的。

管理的能级原则要求管理者在从事管理活动时，为了使管理活动稳定、高效，必须在组织系统中建立一定的管理层次，并设置各管理层次的管理职责和工作规范、标准，规定相应的管理任务、设置相应的管理权力，从而构建起严密、稳定的组织网络体系和组织管理结构系统，再按照组织成员所具备的不同的能力和素质，将他们安排在适合的职位上，使之能充分发挥自己的能力。

管理的能级原则在具体运用时要注意首先构建起合理的管理机构、正确地配置适合本职工作的相应的人员并随时随着系统内部条件的变化和外部环境的变化及时调整组织的管理结构，以使组织适应新的形式和顺应各种变化，此外还要做到能准确评价人的能力、用发展的眼光确定人的能力、在实践中不断发掘和培养人的能力，按能力和专长配置人员，使其能力和专长与其岗位相匹配，真正提高管理水平。

（四）动力原则 管理的动力原则同样也是依据人本管理理论建立起来的。管理中的动力是指在管理活动中可导致人们的活动朝着有助于实现组织整体目标方向作有序的、合乎管理要求的定向活动的力量。

对管理动力的研究内容包括动力源和管理动力机制。动力源是指在管理活动中所有可能导致人们从事活动的人的种种需求；而动力机制则是指引发、刺激、诱导、制约管理动力源，使其所产生的动力始终符合组织目标方向的机制，具体表现为那些从事管理活动、组织活动的相应的规章制度、行为法则、成果效益考核及控制的指标或规定。

行为学家们的研究显示，动力源主要包括物质动力和精神动力，即人们为得到物质需求付出的相应行为的物质动力和以满足人类的精神需求为本源的、在追求精神满足时所付出的相应行为的精神动力两种。应该明确的是物质动力是动力源的基础，因为人类要生存首先需要满足的即是物质需求，而当人们的物质需求得到一定程度的满足时就会产生较高级的精神需求，精神需求与人的的人生观、价值观、宗教观等密切相联，具有强烈、持久地支配行为的特征。动力机制则能将动力所产生的个人行为纳入实现组织目标的轨道上，使动力源的方向与实现目标的方向保持一致，有效消除或调整与目标相反或不一致的动力源；支持和鼓励既能满足个人需求又利于实现组织目标的动力源，制约和引导那些只能满足个人需求而与组织目标存在差距的动力，对于只满足个人需求，而对实现组织目标存在副作用的动力则应立即予以制止。

管理的动力原则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，运用管理的动力机制，有效地激发、引导、制约和控制被管理者在以满足需求为动力的种种行为，使这些行为聚集到完成组织目标的方向上，以保证管理活动有序、高效、持续地进行。

（五）反馈原则 管理的反馈原则是基于管理系统中信息反馈和反馈控制在实现组织目标中的重要作用而提出的管理实践的重要原则之一。管理的反馈原则是指管理者在进行管理时，为组织任务及时、高效地完成就必须及时了解并准确把握系统外部环境的变化情况以及系统自身活动的进展程度，及时将系统的运行状态与已取得的结果与原目标进行比较，当比较发现存在较大偏差时就应该及时采取相应措施以纠正偏差、控制系统活动，确保组织目标的顺利达成。

按反馈原则实施管理活动时首先应该在系统内部建立起结构完备、功能齐全的信息反馈子系统，使之具备强大的信息收集、整理、分析、储存和传递等功能，现代组织中电子计算机及网络技术为实现信息反馈、控制提供了有力的支持；此外应根据反馈的信息实施及时而有效的控制，因为信息反馈的最终目的是发现偏差并通过控制系统及时纠正；而对于实施控制的人员则应该赋予其一定的职权，为其及时进行反馈、控制活动提供必要的前提。

（六）弹性原则 管理的弹性原则是基于系统内外环境变化的复杂多变的特性和组织系统的动态原理提出的。管理的弹性原则是指管理者在进行管理时，应仔细研究和认识系统内外环境间的联系，结合系统内部的结构、功能，深入分析和预测各种可能影响系统运行的因素，并使制订出的组织目标、计划、战略等均留有充分的余地，以增强组织管理系统的应变能力。

为增强管理的弹性可从增强组织的弹性及目标方案的弹性以及增强管理者随机应变、实施灵活多样的管理活动等方面着手。增强组织的弹性必须通过富有弹性的管理活动来实现，一方面应在管理职能的各个环节上尤其是关键环节上留有充分的活动余地，另一方面还应该提高管理系统各组成部分的素质和功能来实现组织的弹性；最后，增强组织弹性还可通过加强各组成部分的协作来实现。

此外，管理的弹性原则还可以表现为组织制订的目标、方案富有弹性，即管理目标和方案的制订时要充分考虑其必要性和可行性，目标不能过高或过低，均要留有余地并要根据不断变化的条件进行调整，防止一成不变的呆板、僵化的管理。

管理的弹性原则还强调管理者必须具备随机应变、处理非程序性管理问题的灵活的管理能力，这种能力被称为活的管理的弹性、同时也最具有能动性，而管理者这种灵活的管理能力必须通过深刻的理论学习、长期的实践锻炼才能获得的管理艺术，因此，管理者素质的提高才是实现弹性管理的最重要的条件。

（七）价值原则 价值原则是基于效益原理而提出的，价值原则是指在管理活动中，以价值规律去衡量组织活动的效率。而效率则是指投入与产出的比率，以最少的消耗获得最多的利益即所谓的最佳效率。管理获得的利益包括的具体内容和范围较宽，一般分为经济利益和社会利益两个方面，而投入则包括物质资源、财力资源、智力资源、时间资源等各项支出，在评价投入与产出的效率时就应该从以上各方面进行综合、全面的评估，以获得科学、合理的结论。

第三节 现代管理的具体方法

现代管理的方法随着人类管理经验的不断积累和先进技术手段的不断运用而日益增多，部分管理的方法在某些领域还出现了相互渗透、相互交叉的局面。有学者将管理方法分为方法论、基本方法和具体方法等不同的层次类型，管理的方法论是指研究和改造现实世界各领域的最根本的方法，反映的是自然界、社会和人类思维的最根本的规律；它与各行业、各部门都能通用的管理的基本方法有着显著的差异；而管理

的具体方法则是指在某一类型或部门的管理活动中所专门使用的目标管理、预测、决策等具体的管理方法。

一、目标管理

(一) 目标管理概念 目标管理 (Management by Objective, MBO) 是 20 世纪 50 年代后西方的企业界普遍实行的一种管理方式, 该管理方法的特点是以“目标”作为一切组织管理活动的出发点, 在开始管理活动之前首先确定目标, 并保证一切活动的结果要以预定目标的完成程度为评价, 目标贯穿于一切管理活动的始终。

关于目标管理的定义不少管理学家都进行了解释。

1954 年, 德鲁克首次在《管理的实践》一书中提出了“目标管理”和“自我控制”的主张, 并在该书中指出“企业的宗旨和任务必须转化为目标”而管理者则通过这些目标对下级进行领导以保证总目标的达成。

1965 年, 奥迪奥思丰富了德鲁克关于管理的概念, 指出①目标管理的方法适用于任何的组织; ②目标管理是管理的出发点和终点, 是一个动态的过程; ③目标管理要求各级管理者在各自制订的目标水平上达成一致。他还提出了目标管理的定义“目标管理是通过组织的上级管理者和下级管理者共同确定组织的共同目标, 并根据目标规定其主要的责任范围并利用这些目标指标指导该部门的活动并评价各成员做出的贡献。”

(二) 目标管理的特点

1. 目标管理是参与管理的一种形式 由于目标管理是通过上、下级间的协商, 将组织总目标分解后逐级展开, 由目标的实施者制定各自的目标并保证其以总目标指导分目标, 使分目标保证总目标。

2. 管理过程强调“自我控制” 德鲁克认为目标管理的最大优点在于使管理者能有效控制自己的绩效, 使之更能充分发挥自己的聪明才智和创造性。

3. 促进权利下放 组织的基本矛盾之一就是集权与分权的矛盾, 而推行目标管理则有助于协调这一矛盾, 并促进权利的下放。

4. 有助于正确评价员工的绩效 传统的对员工的评价容易根据印象等定性因素进行评价, 开展目标管理则有助于根据既定的目标体系正确评估员工的绩效。

5. 有利于增强员工的满足感 由于目标管理强调将个人目标与组织目标密切结合, 个人目标的完成对于组织目标的达成有着重要的作用, 对于调动员工的工作积极性、增强员工的工作满足感、增强组织凝聚力均有着积极的作用。

从上述目标管理的特点极容易归纳出目标管理就是让组织的主管人员和员工亲自参与目标的制定并在工作中实行“自我控制”、努力完成工作目标的一种管理制度和管理方法。

(三) 实施目标管理的程序 目标管理方法的应用范围很广, 不同性质的组织活动进行目标管理的步骤可能不完全相同, 但其基本的程序大体可以分为目标的制定; 目标的实施和对目标的评价等三个阶段。

1. 目标的制定 目标的制定应由组织的高层领导制定出组织的总体目标, 再要求其在直接的下属以组织的总目标为依据与其下属就目标与考核标准等达成一致的意见并制定出建议性的中间目标, 然后要求再下一级的主管以已制定的中间目标为依据, 再提出建议性目标并通过协商确定下来, 该过程持续直到基层岗位为止。

组织高层管理者确定的目标可以是量化的、易于考核的数量目标, 也可以是一些不适宜用数量表示的质量目标。一般而言, 高层管理者面临的更多的是质量目标, 但在实施目标管理的过程中应该注意考虑目标的可考核性, 应尽可能详尽地描述该质量目标的特点并强调各部分的完成日期, 使目标更具易于考核。

各级目标的制定是一个复杂、困难的工作, 在制定的过程中应该充分注意一些问题, 如高层管理者应对未来的组织发展及应该达到的目标有着正确的分析和判断; 高层管理者不能自行强行制定目标再勒令下级员工必须完成; 上级管理者应尽力激发下级的工作热情, 使下级目标与总体目标保持一致并使不同层次的管理者均有足够的资源去实现各自的目标。

2. 目标的实施 当各级目标确定以后, 主要的问题就是组织实施, 将目标落实到具体的责任部门和相应的人员, 按照已制订出的目标规划指标和期限的要求, 解决与实施目标相关联的问题, 应该注意的是完成目标主要的依靠是实施者的自我控制而非上级的权威。目标实施的过程中以每一个环节的质量均对目标的准确性及绩效有着重要的作用, 预期目标的达成与否也需要依靠目标实施的结果进行评价。目标实施时应该注意采取渠道多样、形式多样的宣教活动, 对目标管理的原理、原则和方法做好详尽的结实和宣传工作, 使组织全体成员对目标管理的优点、开展原理、作用机制等有一个全面、深刻的认识, 以利于目标管理活动的真正有效实行; 此外, 上级还应该根据各部门的具体目标和责任给予必要的资源、权利方面的保障, 尤其是实施目标所必须的人员、物资和技术等下级完成既定目标的必要前提。

3. 目标的评价 应该根据各级制订目标的期限定期对各部门、员工的目标完成情况进行评价, 并以此作为部门、员工的奖金、惩罚及职位升降的重要依据。检查的方法应灵活多样, 可采用自查、互查、上级专职部门检查等方式, 应对每一过程的实施结果与预期的目标进行比较、分析, 明确是否达到

目标。对未能达到预期目标或仅仅部分达到目标者应该仔细分析其未达到目标的原因并立即采取必要的修正措施，以利目标的实现。

评价后还应及时总结出各自的经验或失败的教训并将其运用于下一轮的目标管理循环中，从而不断提高目标管理的作用。

二、预测

由于未来存在着多方面因素的影响而显现出一定的不确定性，而一个优秀的管理者则被要求能根据对客观事物变化规律的充分认识和自身的经验、事物过去、现在的状况推测出未来事物的发生、发展和变化的可能及其出现的概率，从而为计划的制订提供必要的前提，因此，预测对于管理者极为重要。

（一）概念

1. 定义 简单地讲，预测就是指对未来事物的发展、变化的情况做出的推测，但这种推测并非是毫无根据的臆想，其依据则是预测者对于客观事物变化规律的正确认识。

从进行预测的依据方面而言，预测是一门科学，因为预测的过程有着不同程度的不以人的意志为转移的客观规律。但由于事物的发展和变化过程还同时受着多方未知因素的影响，这也就决定了在预测的过程中不仅要运用合理的假设、逻辑推理等科学的方法和手段，更要依赖于预测者本人的既往经验、预测者处理事件的倾向性、判断能力以及收集各种利于预测的能力等多种能力。因此，并非掌握和学习过预测方法的人均能对事件做出正确的判断，从这个角度而言，预测同时也是一门艺术。

2. 特点

- （1）预测是提高管理预见性的重要手段；
- （2）预测是计划工作的必要前提；
- （3）预测有助于管理者发现问题；
- （4）预测在一定程度上决定了组织行动的成败。

3. 分类 按不同的分类标准、预测可以分为多种类型。

（1）经济性预测 经济预测是指预测的内容涉及经济计划、规划、经济策略等方面。根据经济预测的影响范围又将其分为宏观经济预测和微观经济预测，应该说宏观经济预测和微观经济预测是相对的概念。

（2）技术性预测 由于技术对于组织的生存和发展的过程中起着至关重要的决定性作用，从技术的发展和进步中获得的经济效益也十分明显，因此，技术性预测也更受到了管理者们的重视。

（3）社会性预测 随着人类社会的发展和进步，人类对于自然的研究日益深入导致了人类对自然界的的影响和决定性的作用也更明显，国家工农业发展、政治、政策、人口增减、污染、自然资源的耗竭等社会因素对于社会和政策的影响越来越大，对社会的预测和政治的预见也更引起了人们的广泛关注，并在近年取得了较大的发展。

（二）预测的程序 不同类型的预测其基本的预测程序和步骤均基本相同。

1. 确定目标 根据组织的需求，按组织的计划需要提出生产预测的目标，确定其对象和任务，提出基本的假设。

2. 收集资料 应该根据预测目标的性质和需求有目的地收集有关预测的既往和目前的所有相关资料，包括科学、技术、经济、社会、政治、文化等方面的背景材料以及国内外同类预测研究的成果等。

3. 选择预测的方法 近几十年来，预测的方法和技术发展迅速，一般将预测的方法分为借助数学模型进行预测、分析的定量预测法和定性预测法两大类，应该根据已确定目标和收集到的资料确定选择何种预测方法。

4. 选择预测的数学模型 对因果关系的分析可以根据相关的经济理论、利用数理统计的技术建立起回归模型或计量经济模型；对时序的分析也应根据其主要的变化成分建立起相应的数学模型。

5. 进行预测 将实际的数据输入数学模型进行系列运算并得出相应的结果。

6. 评价并修正预测的结果 应将预测得到的结果与定性分析的一般结论进行对照，并对结果的置信区间进行评估和修正，以验证预测结果的可信程度。最后将预测的结果提交计划人员和决策者。

应该引起特别注意的是预测的上述程序是系统化的分析步骤，不能随意跨越或错漏任一步骤，以免影响预测结果的准确性。

（三）预测的方法 各种先进的预测方法的不断开发和运用大大提高了预测的准确性和科学性，而在预测方法的选择和具体的运用等方面则又与不同预测者本人的个人素质、经历、经验及其具备的不同能力密切相关，因此，预测行为被看作是科学与艺术的一种结合，具有二重性，而这种二重性在预测方法上体现得尤其明显。

预测的方法一般被分为定量预测和定性预测两种。

1. 定量预测的方法 定量预测法往往借助各种数学模型进行预测分析，通常又将定量预测法分为时序预测法和因果预测法。

(1) 时序预测法 时序预测法是指根据历史统计的数据时间序列,对变量未来的变化趋势进行的预测。时间序列的变化包括长期趋势变化、周期变化、季节趋势变化及随机波动,前三者的变化均可以运用指数平滑模型、移动平均模型、回归-滑动平均模型等不同类型的预测模型来进行预测;对于随机波动的变化往往由于其变化具有无序的特性,往往无法准确地对其进行预测,随机波动常被看作时间序列中的“杂质”和“噪音”,应尽量设法将其滤除。

(2) 因果预测法 因果预测法是指根据事物间的因果关系而对变量的未来变化趋势进行的预测。因果关系是客观事物间普遍存在的联系之一,在相当程度上讲因果关系还是许多事物间的主要和决定性的关系,而影响事件发生结果的影响因子往往可能远不止一个,这就需要对这多种不肯定的因果关系进行模型的构件、描述和预测。

因果预测的具体方法包括回归分析、计量经济学法及投入、产出法等多种类型,由于这些方法均采用了更细致、更全面的指标构建预测变量的数学模型,因此,一般认为因果预测法较时序预测法更精准,其运用的前景也更广阔。

2. 定性预测的方法 在管理实际中有些预测对象的变化是以突变的方式出现的,单纯运用时间序列的变化趋势是无法对其进行预测的,这就需要采用定性预测的方法。目前,定性预测法中采用的最多的是专家调查法,由于传统的开调查会形式组织的专家调查法往往存在着迷信权威而随意放弃自己可能正确的见解、随大流或固执己见等明显的缺点,为避免这些弊端,20世纪50年代末,美国的兰德公司(Rand Corporation)就提出了一种直观判断型的定性预测法——德尔斐法(Delphi method),该预测法的主要特点是依靠专家、学者们的集体智慧和经验对需要预测的问题以不记名的电子邮件或信函的形式发出调查表,在一定的期限由专家个人独自作出各自的推测,将专家反馈的预测意见进行综合、整理,通过归纳、统计后,在将调查得到的预测结果反馈给各位专家,请他们在重新考虑后再次独自提出各自的推断,尤其要求有着极端意见的专家作出详细的解释。如此循环,一般在四轮反馈后大多数专家的意见趋于集中,即可获得对某一事件比较一致的预测结果。

要注意的是德尔斐法并非强调必须以唯一的结论作为预测的结果而允许出现合理的意见分歧,这是与其他的预测法所不同的,但有不少学者则认为恰恰由于该法允许意见分歧就导致改法在可靠性方面的缺陷。

德尔斐适用于对下列情况进行预测。

- (1) 预测的事件难以用精确的定量预测法进行分析、预测;
- (2) 需要征求的专家人数较多且不宜开展面对面的讨论;
- (3) 专家较为分散,无法集中开会调查;
- (4) 避免权威影响及其他人为因素的影响。

三、决策

决策(decision, decision making)贯穿于整个管理活动的始终,有学者认为管理的过程就是管理者不断做出决策的过程,决策的正确与否往往直接决定着组织的兴衰成败,决策在管理活动中起着举足轻重的作用。

(一) 概念

1. 定义 狭义而言,决策是指决策者从若干个可行的方案中选择出最优方案的过程;从广义上讲,决策还包括了在做出最终的选择前进行的一系列的准备,因此,完整地讲决策是指组织或个人为了达到某个特定的目标,而在掌握充分的信息并对相关情况进行深入分析的基础上借助一定的科学手段和方法拟订并评估各种方案,并从中选出最优方案的分析、判断过程。

由该定义可以分析发现的特点如下,①决策应有明确的目的,即一个决策就是为了解决某个特定的问题或达到某一特定的目标;②决策应拟订若干备选的可行方案,“多方案抉择”是科学决策的重要原则之一,可行性也是各方案必须具备的;③决策的过程是对各方案进行分析、比较,每一个方案均有其利弊和优缺点,因此,选择最优方案必须对各方案进行全面、综合的分析和比较,以确定其优劣;④决策的最终目的在于选出最优方案,最优方案的结果应该是在保证组织的主要目标得以实现的同时又能使组织的其他次要目标得以最大程度的实现。

要注意,决策的主题可以是组织也可以是组织中的个人,不过组织决策最终也是以个体的形式进行的;而决策的过程可以是长期的也可以是短期的。

2. 分类 根据不同的分类标准,决策可以被分为不同的类型。

(1) 个人决策与组织决策

按决策者的性质可以将决策分为个人决策与组织决策。个人决策是指个人参与组织中的各种决策,而组织决策则是指组织为了一定的目标而对未来一定时期的活动做出的选择或调整。

个人决策与组织决策在某种程度上讲是一致的,因为组织决策也必须依靠组织内的某些成员才能得以进行,且个人决策的结果往往能影响着整个组织的关系和活动的继续。而个人决策显然又与组织决策存在

着明显的差别，个人决策往往是靠个人的直觉并在较短时间内做出的，但组织决策常常是有意识提出的、并通过有目的的信息和情报的收集，列出多种可行的备选方案，经过一定的正式的程序才能完成的。

（2）战略决策与战术决策

按决策对组织的重要性可将决策分为战略决策与战术决策。

战略决策是指有关组织发展的全面而长期的大政方针、政策方面的决策。而战术决策则是指在战略决策指导下的有关于具体实施方案和执行方案的决策。战略决策由组织高层管理者做出，主要解决组织“如何发展”、“向何方向发展”等大的方针性问题，战略决策做出后影响时间长、影响范围广、决策侧重于组织的整体发展，而战术决策则又组织的中层或基层管理者根据战略决策在执行过程中如何提高效率和执行管理活动的具体过程等较具体的决策。总体而言，战术决策影响范围较局限、影响时间相对较短、决策也更侧重于具体的执行性操作。

（3）程序化决策与非程序化决策

按决策的可重复程度将决策分为程序化决策与非程序化决策。

程序化决策是指在日常管理活动中的以相同或基本相同的形式重复出现而做出的决策，程序化决策又被称为常规决策或例行性决策。非程序化决策则是指在管理活动的过程中很少重复出现，往往无先例可供参考的决策，非程序化决策又被称为非常规决策或例外决策。

某些问题往往反复出现，其特点和规律均易于把握，决策时可以将这类的问题的处理方法相对固定，按照一定的程序进行处理，而对于那些极少重复的事件决策者往往主要依靠决策者自身的能力进行决策。

（4）确定型决策、风险型决策与不确定型决策

按决策后果的确定程度可将决策分为确定型决策、风险型决策与不确定型决策等三种类型。

确定型决策是指决策者已完全掌握了各可行方案的全部条件，能够准确地预测方案的后果。风险型决策是指决策者对待决策的事件的部分条件已掌握，但还不能完全确定决策的全部后果，但决策的部分后果可根据既往经验和相关信息对其可能出现的概率进行估计，此时的决策带有一定的风险。不确定型决策是指决策者对待决策的时间可能出现的后果及其可能发生的概率均无法确定，决策完全依靠决策者本人的经验和直觉进行。

（二）影响决策的因素 决策者进行决策的成败受多方因素的影响。

1. 人的因素 既然决策从定义上讲是人们作出决定的思维心理活动，那么决策行为就与决策者本身的价值取向、既往经历、对事件的感知能力、获取情报和信息的能力、看待风险的态度等方面的情况密切相关，决策者在这些方面的差异便直接导致了不同决策者在选择最优方案方面的迥然不同。

2. 环境 任何决策都是在一定的环境中做出的，组织所处的外部环境、需求以及组织内部的人文氛围等均能不同程度地影响着决策者的决策行为。

3. 既往决策经验 既往的决策行为在相当程度上影响着决策者进行的新决策，尤其是同一决策者面临同样或类似的决策行为时往往倾向于选择与既往相同的决策行为，而且由既往决策行为对组织已带来的影响和改变更是进一步影响了决策者的选择。

4. 看待风险的态度 由于决策是人们基于对未来事件相关因素的预测而做出的行为选择，但现实事件发生的过程中往往有着无数不确定的因素产生着影响，人们对未来事件的预测往往与未来事件的真实情况存在着一定的差距，有时甚至是极大的差距，因此，可以说任何的决策都具有一定风险，而不同决策者对待风险的态度不完全相同，导致了不同决策者选择具有不同风险指数方案上的差异。

此外，组织的群体因素、决策的速度等均能对决策产生不同程度的影响。

（三）决策的程序 典型的决策行为是一个科学而系统的分析过程，可分为如下几个具体的步骤。

1. 问题的提出 决策的第一步即是要求决策者在纷繁复杂的事件中找出亟待解决的关键性问题并认准问题的要害之所在，只有抓住了关键性问题的要害，所做出的决策的有效性才有了前提和保证。

2. 目标的确定 在找出了关键问题和相关的要害后，还必须明确其合理的目标，适当的目标能最大程度地发挥决策执行者的积极性和主动性，确定目标时应该注意目标要尽量明确、具体和量化，且具有时效性。

3. 目标指标体系的建立 由于决策需要解决的问题往往不止一个，导致了可能需要达到的目标也往往不止一个，且每一个目标的具体评价指标也远不止一个，这就需要尽量减少目标的个数、剔除合并非必要心不大的目标，并按照不同目标以及各目标指标的权重将其重新进行排列，并注意对各目标进行协调，最终构建起一个合理的目标指标体系。

4. 方案的拟订 拟订方案是建立在相关资料、情报的收集、整理、分析基础上而制订的为达到预定目标的具体实施手段和措施，各方案必须具备以下的特点：①具体、详尽；②可行；③可比。要注意的是进行决策必须拟订两套或两套以上的方案，才能保证决策的可选择性。

5. 方案的评价 方案的评价是指对每一备选方案可达到目标的价值、可行性以及应变性等方面进行充分论证的过程。对每一套方案的准确评估能为最优方案的选择提供依据。

6. 方案的选择 最优方案的选择是决策过程中的关键环节,同时也是决策者的能力、水平的体现,由于每一套方案均有着一定的根据和各自的优势,因此,所谓的最优方案并非在每一个方面都是最好的,只是在对其经济价值、社会价值和技术价值等方面进行全面评价后综合起来的“最优方案”,最优方案只能是相对的、有条件的,而且是在有限的、极其严格的限制条件下而言的。

一个最优方案应该具备以下特点:①最有利于达到既定的预期目标;②能最大程度地发挥组织的绩效;③易于实施;④各种可控制的影响因素均能进行定量或定性分析;⑤各种不可控制的影响因素也能大致估算出其可能发生的概率。

7. 方案的实施 方案的最终实施是实现预定各项目标的关键,实施方案一般经过局部试验或预试验对预定方案的可靠性、可行性进行验证后,就可以进入全面实施阶段。但在该阶段应该注意的是要不断对方案实施的情况和不断出现的新情况进行分析和判断,并注意收集信息和情报,为修订实施计划和进行后一步的新决策奠定基础,也为方案实施的效果评价提供反馈意见。

【实例分析】

某三级甲等医院为全面提高医院的整体医护水平和在全省乃至全国的知名度,通过一番对医院整体形式的调研和分析后,制订出了在“十五”期间的医院发展总目标,其中包括:社会效益、经济效益、医院的环境目标、新业务新技术的开发、获得科研经费数量数目、在统计源期刊上发表论文数量等多项分目标。但具体实施时,各职能部门纷纷反映日常工作太繁忙,都忙于收病人、看门诊,根本没有时间和心情进行新技术和科研,以至于整个医院的预期目标无法达到。

请问,如何让医院各部门更好地理解医院的总目标?

【参考文献】

- 1.王德中主编.管理学原理.成都:西南财经大学出版社,2000
- 2.王德清.现代管理学原理.重庆:西南师范大学出版社,1998
- 3.杨文士,张雁主编.管理学原理.北京:中国人民大学出版社,1994
- 4.王德中主编.管理学.成都:西南财经大学出版社,2001
- 5.刑以群.管理学.杭州:浙江大学出版社,1997
- 6.云冠平,胡军,黄和平主编.管理学.广州:暨南大学出版社,1997
- 7.袁聪,张鸿燕,王新梅.Shannon 信息论及其新发展[J].通信技术,2002,(10):76~78
- 8.郑宝玉,赵生妹,李飞.信息理论的新发展[J].南京邮电学院学报,2002,(3):6~14
- 9.唐由凯.系统论信息论与医学微生态学研究[J].中国微生态学杂志,2001,13(4):238~240
- 10.肖勇.信息研究的立体透视[J].情报学报,2002,21(1):97~103
- 11.赵玲秀主编.医学信息检索.北京:中国协和医科大学出版社,2002

(罗羽)

第四章 护理组织管理

Management of nursing organization

【教学目标】

识记

1. 说出组织的概念及作用。
2. 列出组织的基本要素。
3. 说出医院的概念及工作特点。
4. 列出医院的种类和基本功能。
5. 简述医院护理管理组织系统。
6. 举出影响护理人员编配的因素。
7. 列出护理人员的分工方式。

理解

1. 举例说明组织设计的含义和基本步骤。
2. 概述组织设计的基本原则。
3. 描述医院的组织机构与系统及护理行政管理体制。
4. 概述护理部在医院中的地位和作用。
5. 概述护理人员编配的原则。
6. 举例说明护理人员不同编配方法的特点。
7. 区别不同护理分工方式的优缺点。

应用

1. 应用组织设计的理论进行个体工作设计和群体设计。
2. 运用不同的医院划分标准，识别不同类型的医院。
3. 运用《编制原则》衡量护理人员编配是否合理。
4. 依据工作量计算病房护理人员的编配。

护理组织管理是运用管理科学的组织理论，研究护理组织系统的结构和特点。通过护理组织设计，建立合适的护理组织结构，创造一个和谐的护理工作环境，从而发挥出每个护理人员的智慧和能力，保障护理组织目标的实现。

第一节 组织概述

在管理的各项职能中，组织是进行人员配备、领导、控制的前提。研究护理管理中的组织职能，首先需要明确组织的有关概念，并理解其含义。

一、组织的概念和作用

（一）组织的概念 组织（organization）是指为了达到某些特定目标经由分工与合作及不同层次的权力和责任，而构成的人的集合。理解组织的概念，需要注意以下三点：

1. 组织必须具有目标 任何组织都是为目标而存在的，不论这种目标是明确的，还是隐含的，目标是组织存在的前提。医院的目标是治病救人，大学的目标是为了培养高层次科技人才。

2. 没有分工与合作不能称其为组织 分工与合作关系是由组织目标限定的。企业为了达到经营目标要有采购、生产、销售、财务和人事等许多部门，每个部门都专门从事某种特定的工作，各个部门又要相互配合。只有把分工与合作结合起来才能产生较高的集团效率。

3. 组织要有不同层次的权力与责任制度 这是由于分工之后，就要赋予每个部门乃至每个人相应的权力和责任，以利于实现组织的目标。完成任何一种工作，都需要具有完成该项工作所必须的权力，同时又必须让其负有相应的责任。仅有权力而无责任，可能导致滥用权力，而不利于组织目标的实现，权力和责任是达成组织目标的必要保证。

（二）组织的作用 组织是社会发展过程中人们的分工与合作要求的必然结果。在社会活动中，人们由于各自生理、心理及社会文化环境的限制，使每个人的知识及能力表现不同，为了提高工作效率，必须进行分工，使人们在同一时间，不同的地点从事相同的或不同的劳动，或同一地点从事相同或不同的工作，但这种分工必须在协调一致的基础上才能达到综合效益，这种分工又合作的组合就构成了组织。因此，组织具有以下几方面的作用：

1. 组织是实现管理目标的载体及工具 任何管理活动都是有目的的活动，而组织为实现目标提供了载体及工具。组织就是根据管理目标设计的一套由不同部门、职位、人员所组成的权责角色结构，用来保障目标的实现。

2. 组织在对外联系中有实体作用 在与外界的联系过程中，管理人员都是以所在的组织代表的身份出现的，即在各种管理活动的社会联系中，管理者都是以自身组织为实体，而不是以个人或其他形式出现的。因此，组织在对外联系中具有实体作用。

3. 组织起内外协调作用 现代管理面对的是一个不断变化的环境，要适应内外环境的不断变化，就必须通过组织的形式收集各种信息资料，对各种变化做出相应的反应及正确的决策，协调各种内外关系，

以实现组织的目标。

4. 组织有塑造社会文化的作用 社会中有各种组织，组织构成了社会。组织在与外界联系的过程中，一方面从社会中吸收相应的社会文化要素；另一方面，组织也从自己的内部向社会输出特定的文化要素，影响社会文化的形成、发展及变革。因此，组织文化也从一定的角度塑造了社会文化。

二、组织工作的概念和内容

组织工作（organizing）是指按照组织目标设立合理的组织结构，并使组织结构有效的运转，采取适当的行动完成组织目标的系统过程。

组织工作包含两个方面的内容：①设计固定静态的组织结构；②动态的组织运作过程，即将组织中的人、财、物、时间、信息、技术等各种资源进行有效的分配及协调过程。

1. 组织设计 根据组织目标，将要实现这个目标的各项活动综合归类划分，设置及确定必要的组织机构、层次及部门，选派适当的人员，确定职责范围，并授予相应的权力，在合理分工与协作的基础上，充分发挥协调配合的作用，使全体员工齐心协力的达到组织目标。

2. 组织运作 执行组织所规定的各部门及工作人员的工作职责，根据组织原则，制定具体的方法，并开展正常的组织活动，规定组织结构中各部门之间的运作关系，建立指挥命令的下达、检查及反馈系统，明确协调原则及方法。

通过组织工作，可以充分发挥组织的功能，使每个组织成员都能认识到自己所从事的工作对完成组织目标的重要性，并协调组织内部的各种分工合作关系，使组织取得更好的社会及经济效益，促进组织的发展。

三、组织的基本要素

组织要素是保证组织生存及发展的基本条件，包含有形要素及无形要素两个部分。

（一）有形要素 是达到组织目标的人力、物力、财力、信息及技术方面的要素。

1. 人力 是组织有形要素中的最主要因素，人力资源是其他资源不可替代及转换的。因此，合理的人才结构及人力资源是组织生存发展的基本条件及保证。

2. 物力 是指实施组织活动的基本物质条件，包括活动场所、土地、房屋、机器、设备、原材料等。一个组织要正常的运作，必须有及时稳定的物资供应。

3. 财力 即一个组织的资金情况。它是组织占据重要的市场地位的必备条件，是推动组织各项活动的动力之一。一般情况下，财力及物力可以根据市场的供求情况进行互换，组织的部分财力要经过市场变成物力后才能进入组织活动。

4. 信息 随着人类社会的发展，现代科技的进步，信息在组织中的作用越来越重要，也成为组织必不可少的要素之一。有时一条有用的信息可以使企业迅速发展壮大，而一条错误的信息可能会毁了一个组织。

5. 技术 技术也是组织实现自身目标、满足社会需要的根本保证，良好的技术力量，为组织的发展提供了技术保证。

（二）无形要素 是指组织的法律、道德及精神条件，具体包括以下几个方面：

1. 共同的组织目标 如果组织及组织中的个人能以追求共同的利益为目标，就会构成一种无形的组织资源，使组织成员自愿为组织效力。

2. 良好的组织文化及道德伦理体系 良好的组织文化及伦理道德观念是组织良性运作及发展的保证。它不是一套成文的规程，而是组织成员共同认可的价值体系，包括组织内部员工的价值观念、信仰及道德观念。

3. 坚强的信念 全体员工对组织的发展充满信心，工作任劳任怨，以达到组织的目标为己任。

4. 团结及协调 全体员工团结一致，分工协作，共同完成组织目标。

四、正式组织和非正式组织

（一）正式组织 正式组织（formal organization）是指为了有效的实现组织目标而明确规定组织成员之间职责范围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约束力。正式组织的组织结构、内部成员的职责范围及相互关系一般由管理部门制定，正式组织的活动要服从组织的章程、政策及组织纪律。正式组织关心个人对完成组织目标所扮演的角色及所需要的活动。因此，又称为逻辑理性社会体系。正式组织具有以下几个特点：

1. 经过了正式的组织规划及设计过程，并有正式的机构编制，组织结构的特征反映出设计者的组织管理理念。

2. 有明确的组织宗旨及目标，如提供服务，或追求利润，或具有多种目标。
3. 有组织赋予领导的正式权力及上下隶属关系。
4. 有明确的组织章程及各项管理制度，以约束个人的行为，使之符合组织目标。
5. 有明确的角色关系，分工专业化。

（二）非正式组织 非正式组织（informal organization）是人们在共同的工作或活动中，基于共同的兴趣和爱好，以共同的利益和需要为基础而自发形成的群体。非正式组织是组织成员为了满足心理需要而产生的松散型组织，由于其重要功能是为了满足人的心理需要，自觉的进行互相帮助，又称为心理社会体系。非正式组织具有以下几个特点：

1. 人与人之间有共同的思想感情，彼此吸引，相互依赖，是自发组成的团体，一般没有明确的组织目标。
2. 没有法定的组织结构及职位。
3. 有不成文的行为规范来控制成员的行为。
4. 非正式组织的领导没有法定的权力，但具有较大的号召力及个人影响力，因为其领导权威不是靠职位，而是靠个人影响力及情感吸引力而形成的。

在正式的组织结构中，存在着非正式组织，一个员工可能属于正式组织，必须听从组织的命令，按照组织的规章制度行动，但他同时可能也与其他同事一起组成了某种非正式组织。对管理者来说，非正式组织的存在有其积极及消极两个方面的意义。当非正式组织的活动与正式组织的目标一致时，对正式组织具有积极的意义；当非正式组织与正式组织的目标相违背时，会出现消极的意义。因此，管理者必须根据具体情况对非正式组织进行积极的引导及有效的控制。

五、组织设计与组织结构

（一）组织设计

1. 组织设计的概念 组织设计（organization design）是管理者将组织管理中涉及的目标、任务、权力、操作等相互关系组合成结构以实现组织目标的过程，是管理者有意识的建立组织中正规有效关系，以形成组织结构的过程。组织设计是有效管理的必备手段之一。通过组织设计，可以协调组织内各成员、各部分的关系，建立组织中明确的沟通渠道，减少组织中各部门及成员之间的冲突及矛盾，使组织内目标、责任、权力等要素的组合发挥最大的效应，从而提高组织的整体功效。

2. 组织设计的基本原则

（1）目标明确原则 指组织的设计及建立，必须有明确的总目标，各部门及单位也必须有明确的分目标，整个组织的活动要始终围绕组织的总目标运转。

（2）分工及合作原则 分工合作原则要求在建立组织结构时必须根据组织内部的职责类型、专业化要求及分工协作的需要建立组织，并制定相应的规章制度，以保证组织的有效运转。

（3）统一指挥原则 这项原则要求在设计组织结构时使组织内的权力要相对集中，一般要求实施一元化管理，即按照管理层次建立统一的命令、统一的指挥系统，使组织结构中上下级的联系必须按照一定的层次，形成从上到下的指挥管理链，各级组织和各级管理人员原则上只接受一个上级的直接命令及指挥，只向一个上级负责。

（4）权责相称原则 权责指职权和职责。职权是管理职位所具有的发布命令及保证命令得到执行的一种权力；职责是对应职权应承担的相应责任。在设计组织结构时，对每个层次上的职位，必须明确划分职责范围，并赋予完成该职责所必须的权力，使岗位职务与职权及职责相对应，做到责任及权力一致。

（5）层幅适当原则 组织的管理指挥是在划分层次的基础上建立起来的，而管理层次是在组织规模相对稳定的前提下，根据管理幅度来决定的。管理层次是组织结构中从最高的管理者到基层员工之间应该划分的隶属管理的数量，有几个级别的隶属关系，就有几个管理层次，不同的管理层次，有不同的管理职能。管理幅度是一个管理者能有效管理下属人员的数目。组织设计中要考虑管理层次及管理幅度的关系。一般情况下，管理层次与管理幅度成反比关系，即管理层次少，管理的幅度宽，而层次多对应幅度窄。

（6）动静结合原则 要求在设置组织结构时，既考虑组织的稳定性，又要注意在内外环境变化时，组织结构的调整及改革，使组织有一定的发展的弹性及适应性。

（7）精简效率原则 精简效率原则指在健全的组织机构中，各个部门、各个环节及各个组织成员必须组合成精简、高效的组织结构形式。

（8）弹性例外原则 是指组织设计时需要考虑的一种分权原则。在组织设置时，将权力及责任的分配标准化，使上级将部分权力授予下级。这样，各级管理者在处理日常工作事务时，能及时处理属于自己职权范围内的工作，不必事事请示上级，下级可以相机行事，上级对下级的工作不需要过多的干涉，只保留组织制度中没有明确规定事项的决定权或既定制度的监督权。

3. 组织设计的程序 组织设计的基本程序包括以下步骤：

- （1）设计前的评估 即收集及分析有关资料，以确定目标。①收集同类组织结构的形式，以及他们

的经营管理思想和人员配备等方面的资料；②收集外部环境的各种资料；③组织内部的状况：组织现有的资源、规模、形式、运行状况及存在的问题。通过对这些资料的收集及分析，以确定组织的发展趋向及基本的组织结构框架。

(2) 工作的划分 研究工作的性质和范围，根据组织的目标，将组织的生产、经营及管理活动分成若干个相对独立的单元，并确定其业务范围及工作量，进行部门化的工作划分。

(3) 提出组织结构框架 即按照组织设计的要求，决定管理层次及部门结构，形成层次化的组织管理系统，这是组织设计中非常重要的一步，决定着组织的效能。在设计组织框架结构时，应注意认真处理好管理幅度及管理层次的关系，纵向与横向的协调关系，同时要注意信息的上下传递及反馈。

(4) 确定职责 即决定组织的管理中集权及分权的程度，先决定组织中各层次、各部门的职责，再对各部门内部的业务进行分工，并以此为基础确定相应的职务、岗位、权限及责任，一般采用职务说明书或岗位职责等文件形式表达。

(5) 设计组织的运作方式 包括单元的工作程序、它们之间的协作关系及信息沟通方式。

(6) 决定人员配备 按照职务、岗位及技能的要求，选择配备恰当的管理人员及员工。

(7) 评价及确定组织结构 根据组织目标及设计要求对组织设计进行审查、评价及修改，并确定正式的组织结构及组织运作程序，颁布实施。组织设计是组织正常高效运转的基本保证，在组织设计完成后，必须根据组织的运行状况及内外环境的变化，做出适当的调整，以完善组织结构。

4. 组织设计的结果 组织设计的结果是组织结构，即组织中各部门之间的相对稳定的结构模式。组织结构的模式一般用组织图、职位说明书及组织手册表示。

(1) 组织图 是指以图解的方式表达组织的整体结构、各个部门之间的职权关系及主要功能。组织图的垂直形态，表达权责关系；而组织图的水平形态显示分工与部门化的情况。组织图一般描述下列几种组织结构及管理关系方面的信息：①权力结构：表明各阶层的上级与下属之间的正式权力分配关系，管辖范围及垂直指挥关系。一般用方块表示各个权力职位，上下关系从方块的位置体现，上面的权力大于下面的权力，用实线箭头连接表示。如果两者之间是指导关系，则用虚线表示；②沟通关系：表明组织中的正式沟通关系，包括垂直沟通与水平沟通关系；③管理范围及分工情况：根据组织的规模及部门、职位的名称，可以显示专业化与组织分工、各部门的功能与控制范围。水平关系表示各部门、职位的分工及必须执行的基本任务；④角色结构：表明组织中个人所承担的职权，将个人在组织中的头衔置于方块内，如院长、护理部主任、护士长等。⑤组织资源的流向：垂直关系可以显示人、财、物等组织资源的流向。

(2) 职位说明书 是说明组织内部的某一特定职位的责任、义务、权力及工作关系的书面文件。其目的是帮助组织明确组织内各工作职务的任务及要求，一般包括以下几个部分：①职位的名称及素质能力要求：具体规定职位的名称，担任该职位的人员所应具有的性质、教育程度、基本知识、能力、相关的工作经验等要求；②工作内容：职位的重要职能、职责及职权；③工作关系：说明职位与组织内其他职位的关系，职位与其他工作人员的关系。

(3) 组织手册 是职位与组织说明书的综合，以图形及文字的形式说明了组织内部各主要部门的职权及职责，每一个职位的主要职能、职责、职权以及主要职位之间的相互联系及工作关系。

(二) 组织结构 组织结构(organization structure)是管理者为实现组织目标而建立的一种部门之间的相对稳定的结构模式，是组织责任、权力及信息沟通的正式系统。组织结构直接决定了组织中的正式指挥系统及沟通网络，它不仅影响组织的运作及效率，而且影响整个组织的社会心理气氛。合理的组织结构，能有效的实现组织目标，从而有助于组织的发展壮大。组织结构的建立包括以下几方面：

1. 部门化 是建立组织结构的首要环节，通过部门化，可以将组织分为一定的管理单位，以便于分工及专门处理某些方面的事情或问题。部门化的目的是确定组织中各项任务的分配及归属。部门化首先要将组织的总目标分成若干个具体目标及任务，然后按照分解后的具体任务设置部门。所谓部门，指在组织中，管理人员为完成规定任务而有权管辖的一个特殊的分支。部门在不同的组织或组织层次中有不同的名称，如在医院中称为部、处、科等，在企业中可能称为公司、部、处、室等。组织的部门化，可以解决因管理宽度限制而约束组织规模扩大的问题，有利于通过规定各部门的工作内容，以及上下级关系来明确组织中的权责关系；有利于组织内部的沟通交流及控制；有利于协调各部门的关系；有利于对不同的部门实施不同的管理政策，使他们根据各自不同的情况，灵活地开展工作。

2. 管理宽度 又称管理跨度，是管理者能够直接、有效的管理的下属人数的多少，也是管理人员能有效控制下属的限度。管理者管辖的人数越多，管理的宽度越大，管理的复杂程度及工作量也随之增加。影响管理宽度的因素有以下几个方面：①管理人员的能力：如果管理者具有较强的领导能力、组织能力、理解能力、协调能力，能与下属融洽相处，并受到下属的信任、尊重及爱护，善于处理各类问题，从而减少了上下级之间的频繁的接触时间，则管理宽度可以适当增加。反之，管理宽度应该缩小，以防管理中出现差错；②下属人员的素质及能力：如下属受过良好的训练，工作中自我控制的能力较强，不但所需的协调及监督、控制减少，而且与管理人员接触的次数也会减少，使管理宽度加大；③授权是否明确：管理人

员的部分负担是由于组织结构不善和组织关系的混乱造成的。混乱的原因之一可能是任务不明确，需要下属多次的请示。也可能是权限不明确，或授权与下属的能力不符合，迫使上级事必躬亲，事事指点，管理宽度缩小；④政策的稳定性：政策越稳定，工作的程序性及重复性会越强，则管理宽度可以适当加大。反之，如果政策不稳定，变化快，程序不明确，下级不能及时处理问题，事事需要上级指导，则管理宽度必须减小；⑤计划是否周密：良好的计划，可以使每个工作人员都能了解各自的目的及任务，减少管理人员指导和控制的时间，使管理宽度加大；⑥沟通渠道的畅通：如果沟通的渠道畅通，沟通效率高，则管理宽度可以适当加大；⑦考核是否明确：如果有比较明确的考核及评价标准，奖惩分明，则不需要事事研究协商解决，则管理宽度可以适当的加大；⑧组织内部的凝聚力：如果组织内的凝聚力强，大家相互理解，配合默契，则工作效率增加，管理的宽度可适当加大；反之，管理宽度要适当减小。

管理宽度的确定，一般认为，一个上级能够有效管理下属的人数是 8~12 人，即 8~12 人是理想的管理宽度。从护理管理的角度看，一个护士长有效的管理宽度是 12~15 名护士。现代管理认为，管理宽度应根据具体的情况来确定，管理宽度应该是一个弹性的数据，而不是通用或规定的数字。在确定管理宽度时，应该综合考虑各种影响因素对管理宽度的作用。

3. 管理层次 是组织从最高层管理者到最底层管理者之间所形成的具有相对独立功能的有序系列。一般组织中的管理层次分为三层：高层、中层、基层管理者，如在护理管理体系中，护理部为高层、科护士长为中层、护士长为基层管理者。

组织的管理层次与管理宽度关系成反比，管理宽度越大，管理层次越少，组织结构为扁平形式。反之，管理宽度越小，管理的层次越多，这时的组织结构呈高耸式。

扁平式的组织结构管理层次少，控制幅度大，管理费用低，纵向沟通快，被管理者有较大的自主性，有宽松的感觉，下属的工作满意感增加。缺点是部门之间的沟通较难，也不利于协调。高耸式的组织结构具有管理严密、分工明确、上下级易于协调等特点，但层次多，费用增加，上下级之间的沟通时间长，容易出现沟通障碍。同时由于控制严密，可能会影响下属人员的主动性及创造性，减少了下级人员的工作满意感。

4. 人员结构 合理的人员结构是保证组织正常运作的基础。由于组织成员的素质、知识、能力的不同，要在组织中根据能级原理，合理的划分人员的能级，而且要不同能级的人员有合理的组合。组合不恰当会造成人力资源的浪费。

实践证明，稳定的人员组织结构应是正立的三角形。上面是经营决策层，中间是职能管理层，下面是操作执行层。从人员结构看，需要高层管理者少，中层管理者较多，基层管理者最多。

5. 委员会 是组织结构中的一种特殊形式，是一种以集体活动为主要特征的组织形式。委员会的主要目的是为了集思广益，达到集体管理的目的。委员会常以常委会、工作组等形式出现，如政府中的常务委员会、护理部的继续教育委员会、护理危机处理委员会、护理科研委员会、临床护理专家委员会等。由于委员会的类型不同，会出现不同的功能，有些委员会是决策组织，有些是执行组织，有些是参谋咨询组织。

委员会通过集体讨论及研究，达到了集思广益，防止个人滥用职权的目的；委员会的讨论由于有来自各方面的人员参加，在决策时会充分考虑各方面的利益，有利于实现组织整体上的统一及团结；委员会的设置推动了参与管理的发展，有利于动员更多的人来关心组织的发展，为组织培养了管理人才；有些委员会是为了解决专门的问题而设置的，可以对问题进行专门的研究，使问题得到妥善的解决。

第二节 医院的护理组织管理体制

医院是当今社会中医疗卫生机构的主体形式，目前我国护理人员主要分布在各级各类医院中。因此，了解医院的组织系统及医院内护理组织管理体制，对做好护理管理工作非常重要。

一、医院的概念和工作特点

（一）医院的概念 医院是对群众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、相应的医务人员和必要的设备，是通过医务人员的集体协作，以达到对住院或门诊患者实施科学的和正确的诊疗、护理为目的的医疗事业机构。

以上概念对医院的服务对象、职能作用、基本条件、协作特点、机构性质作了高度概括。医院的工作对象主要是患者，医院对患者的生命和健康负有重大责任，因此，构成一所医院必须具备以下基本条件：

1. 医院以实施住院诊疗为主，并设有门诊部。
2. 应有正式病房和一定数量的病床等设施（按医院分级管理标准，不得少于 20 张），应具备基本的医疗、休养环境及卫生管理设施。
3. 应有能力对住院患者提供合格的护理和基本生活服务，如营养饮食服务等。
4. 应有基本医疗设备，设有药剂、检验、放射、手术及消毒供应等医技诊疗部门。

5. 应有相应的、系统的人员编配,包括医务人员、行政人员、后勤人员,构成整体医疗功能。

6. 应有基本的工作制度,如查房、值班、交接班、病历书写、各种技术操作、消毒隔离等医疗护理制度,以保证医疗质量和患者的安全。

(二) 医院工作特点 医院工作的特点是,以服务对象为中心,组织医务人员运用医学知识与技能,诊断、治疗、预防和护理病人,为病人与社会人群服务。这是医院系统区别于其他系统本质的特点。离开对病人的医学服务,医院就没有存在的必要。只有按照医院工作的特点,做好管理工作,才能管好医院。在管理上必须注意以下几点:

1. 医院工作以病人为中心、医疗为主体,一切为了病人 医院的一切部门都要围绕病人进行工作。要保证病人安全,强调医疗质量和医疗效果,如预防医院内感染、减少并发症、尽量保持病人生理、精神上的功能等,加强医务人员职业道德和技术水平,不断提高医院服务质量。同时在诊疗过程中,提供病人的基本需要,包括舒适卫生的环境、身心安全的护理、保证营养的膳食等,这些工作由医院医疗、护理、医技、后勤等各部门相互配合协调,共同完成。

2. 医院工作科学性、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,既要有扎实的医学基础知识和熟练的技术操作能力,更要有团结协作精神和良好的服务态度,熟悉人文科学、心理学、社会学和流行病学等知识,重视人才培养和训练提高,发挥仪器设备效应。

3. 医院工作随机性大、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强观察和处理,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,必须具有随机应急能力。同时医院的医疗行为又是关系到人的生命安全,因此医院必须要有严格的规章制度,明确的岗位责任制,在医疗工作程序、技术操作上达到规范化,符合质量标准。

4. 医院工作时间性、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,抢救及时能挽救病人生命,在抢救过程中,又要严密、连续地观察病情变化,因此,医院工作是长年日夜不断。

5. 医院工作社会性、群众性强 医院是一个复杂的开放系统,也是社会系统中最复杂的组织之一。医院工作必须满足社会对医疗的要求。医院工作服务范围广,它联系着社会、家庭和个人,每个人的生、老、病、死都离不开医院,需要医务人员发扬救死扶伤的人道主义精神,按医疗规律办事;然而医院工作又受到社会条件的制约,搞好医院工作离不开社会的支持,需调动各方面因素为医疗服务,坚持群众性,以社会效益为主,搞好医院的经营管理。

6. 医院工作是脑力和体力相结合的复合型劳动 医院工作需要掌握医学知识和技能的脑力与体力相结合的劳动来完成,是一项创造性的劳动。要提高科学技术水平,发挥医院卫技人员的积极性,在于管理者们如何根据这个特点,重视人才培训和技术建设,并注意设备的更新和管理。

二、医院的种类和基本功能

(一) 医院的种类 医院有各种类型,不同类型的医院规模、功能均有差别,可以从不同角度,对医院采用不同的分类方法。

1. 按收治范围划分

(1) 综合医院 综合医院是指设有一定数量的病床,分有内科、外科、妇产科、儿科、五官科、皮肤科等各种专科及药剂、检验、放射等医技部门,并有相应的人员和设备的医院。由于现代医疗特点往往需要多专科协作进行诊疗,而且患者是有机整体,往往需要多专科的会诊治疗,综合医院能够适宜这些需要。现在的儿童医院、中医医院实际上是儿童综合医院或中医综合医院。

(2) 专科医院 专科医院是为诊治各自的特种疾病而设立的医院,如收治法定传染病的传染病医院、收治精神患者的精神病院以及结核病院、口腔医院、眼科医院、肿瘤医院、胸科医院等。设立专科医院有利于集中人力、物力、发挥技术设备优势,开展专科疾病的诊治和预防。

2. 按特定任务划分 有军队医院、企业医院、医学院校附属医院等。他们各有特定的任务和特定的服务对象。有些医院过去由于过分强调特定服务对象和任务,容易造成人、财、物的浪费,并影响医院自身的发展。近几年来实行对外开放,横向联合办医院,扩大医院管理自主权,上述缺陷已大有改善。

3. 按所有制划分 有全民所有制医院、集体所有制医院与个体所有制医院。近年来医疗卫生工作改革的进一步深化,多种所有制的医院繁荣了医疗市场,扩大了社会医疗服务,有效地解决了群众看病难、住院难的问题,有助于发挥各类医院的优势。

4. 按地区划分 有城市医院(省、市、区、街道医院)、农村医院(县、乡、镇医院)等。

5. 按功能和任务划分 1989年开始,我国试行医院分级管理制度。按此制度,全国各类医院按功能和任务,划分为三级十等。

(1) 一级医院 是直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务的基层医院、卫生院。主要负责社区内居民多发病常见病的门诊、住院和家庭病床的诊治,抢救一般急诊患者及社区预防保健工作。一级医院数量大,是城乡三级医疗网的基层卫生机构。

(2) 二级医院 是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务的地区性医院。其任务除收治部分常见病、多发病患者外，还应负责重点专科疑难重症诊疗与危重患者的抢救工作，承担基层医疗单位医士、医师以上各类技术人员的进修和培训，可承担部分科研项目。

(3) 三级医院 是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上医院。主要包括全国、省、市直属的城市大医院及医学院校的附属医院，为医疗、科研、教学相结合的技术中心。

(二) 医院的基本功能 医院的功能即医院的任务。卫生部颁发的《全国医院工作条例》指出，医院的任务是“以医疗为中心，在提高医疗质量的基础上，保证教学和科研任务的完成，并努力提高教学质量和科研水平。同时做好扩大预防、指导基层和计划生育的工作。” 医院的基本功能有：

1. 医疗 是医院的主要功能。医疗工作以诊疗和护理两大业务为主体，医疗辅助业务部门密切配合，形成一个医疗整体，为患者服务。

2. 教学 任何医院均有此功能，即培训医务人员和其他人员。医学教育的一个显著特点是：学校教育只是教学的一部分，必须经过毕业后教育才能培养成为一个合格医护人员。随着医学的发展，医护人员的终身在职教育也使医院必须具有培训教育功能。

3. 科研 是医院提高业务水平的需要，也是发展医学科学的需要。临床医疗实践中蕴藏着无数的科研课题。

4. 预防和社会医疗服务 医院不仅治疗患者，而且要进行预防保健工作，开展社会医疗服务，成为人民群众健康服务的活动中心。要扩大预防，指导基层，还要进行健康咨询、门诊和体检、疾病普查、妇幼保健指导、卫生宣传教育等等。医院必须通过临床预防医学工作对社会保健做出贡献。

以上四项功能是相互联系、相辅相成的。医院应以医疗为中心，医疗与其他三项功能相结合，围绕医疗工作统筹安排，全面完成各项任务。

三、医院的组织机构与系统

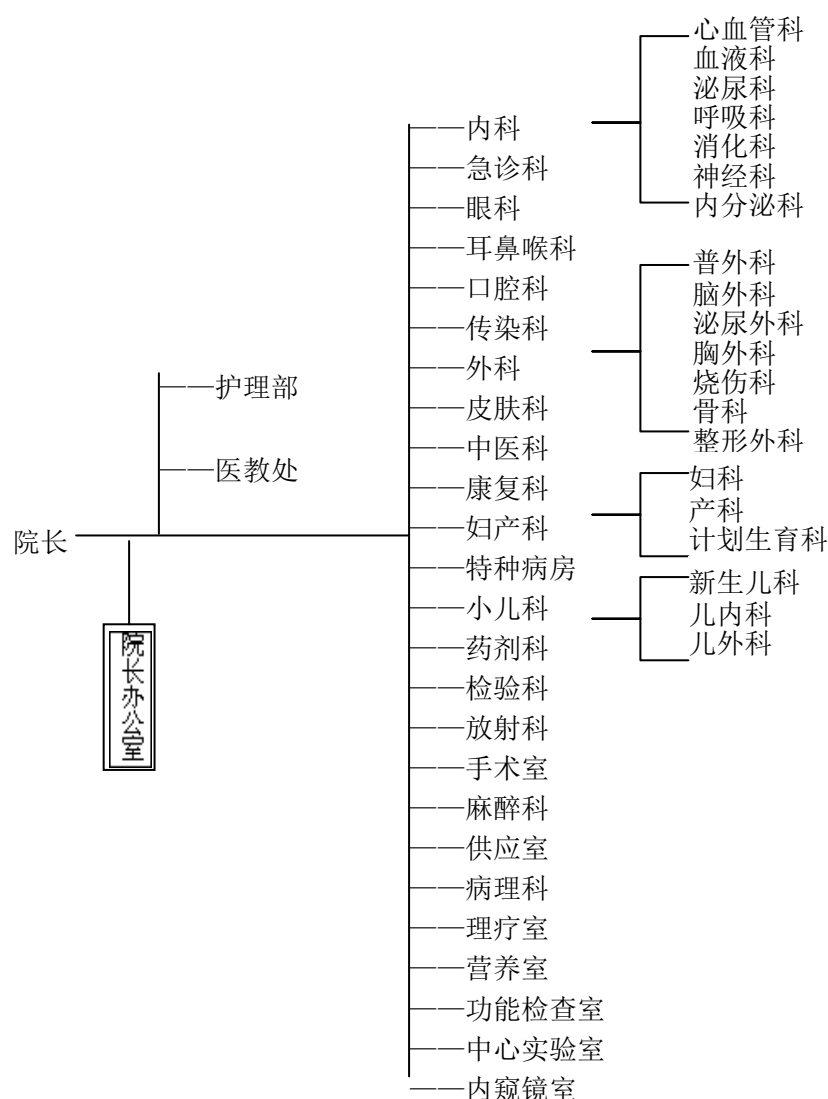
(一) 医院的组织机构 我国医院组织机构设置具有一定的模式，是按卫生部统一颁布的组织编制原则规定来设置的。根据医院的性质、任务、地区范围、规模、技术力量、建筑设备，所承担的社会职能和服务职能有所不同，但设置基本类同。为保证高层管理人员的宏观高效管理，在医院组织机构设置上，应减少管理层次，达到职责分工明确，指挥灵、运转快，精干、高效的科学化管理。

1. 医院行政管理组织机构 见图 4-1。



图 4-1 医院行政管理组织机构

2. 医院业务组织机构 见图 4-2。



（二）医院组织系统 根据医院组织中不同的职能作用，组织系统分为：

1. 党群组织系统 包括医院党委 共青团、妇联、宣传部、统战部、纪律检查委员会、监察部等。

2. 行政管理组织系统 包括院长 人力资源部、设备科、计财科、总务科、膳食科、信息科、门诊部等部门。

3. 临床业务组织系统 包括内科、外科、妇科、儿科、眼科、耳鼻咽喉科、皮肤科、中医科、ICU、麻醉科等业务科室。

4. 护理组织系统 包括门诊、急诊科、各病区、手术室、供应室及有关医技科室护理岗位。

5. 医技组织系统 包括药剂科、检验科、理疗室、核磁共振检查室、心电图室、同位素中心实验室、营养中心等部门。

在 500 张床以上规模较大的医院组织系统中，还可增设对院领导有参谋作用的决策智囊团，如专家委员会、院务委员会等。

四、医院护理组织管理系统

（一）我国护理行政管理体制 我国护理行政管理体制近些年才逐步建立并完善，对改进护理管理工作起到了重要作用。

1. 卫生部护理管理机构 卫生部医政司设护理处，是卫生部主管护理工作的职能机构。其主要职责

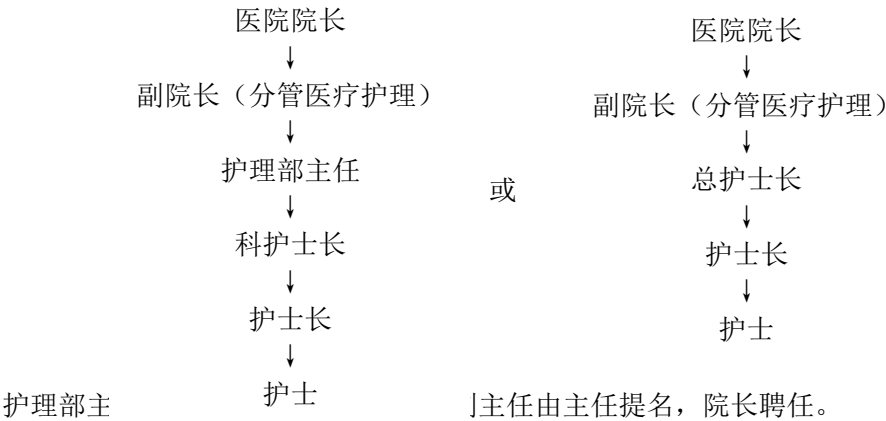
和任务是：负责全国城乡医疗机构制定和组织实施有关护理工作的政策、法规、人员编制、规划、管理条例、工作制度、职责和技术质量标准等；配合教育、人事部门对护理教育、人事等进行管理；通过卫生部护理中心，进行护理质量控制和技术指导、专业骨干培训和国际合作交流。

2. 各省、自治区、直辖市及下属各级卫生行政部门的护理管理机构 各省（市）、自治区卫生厅（局）均有一名厅（局）长分管医疗护理工作。除个别省市外，地（市）以上卫生厅（局）普遍在医政处（科）配备一名具有一定临床护理经验和组织管理能力的中（或高）级技术职称的护理人员全面负责本地区的护理管理，并根据需要和条件，配备适当的助手。部分县卫生局也配备了专职护理管理干部。他们的职责和任务是：在各级主管护理工作的管理者领导下，根据实际情况，负责制定并组织贯彻护理工作的具体方针、政策、法规和护理技术标准；提出并实施发展规划和工作计划；检查执行情况；组织经验交流；负责听取护理工作汇报，研究解决存在问题；与中华护理学会各分会互相配合，加强护理专业指导和质量控制。

（二）医院护理管理组织系统 我国医院护理组织系统有过多次变更。五十年代初期，医院实行科主任负责制，取消了护理部，削弱了对护理工作的领导；六十年代初期，总结了经验教训，恢复了护理部，加强了领导和管理；“文革”期间，护理部再度取消，严重影响了护理质量；直到 1978 年卫生部发布《关于加强护理工作的意见》后才重新恢复；1986 年卫生部召开全国首届护理工作会议，认真总结了经验教训，明确提出了护理管理体制只能加强，不能削弱的要求。会后卫生部发布的《关于加强护理工作领导，理顺管理体制的意见》，对医院护理管理做出了“护理部垂直领导体制”的明确规定，随之各地医院逐步健全护理组织系统，进一步加强和改善了护理管理。

根据卫生部的规定，医院护理管理组织系统设置情况如下：

县和县以上医院及 300 张床以上医院都要设护理部，实行在分管医疗护理工作或专职护理副院长领导之下的护理部主任、科护士长、护士长三级负责制；300 张床位以下医院实行总护士长、护士长二级负责制，见图 4-3。



（三）护理部的地位、

1. 护理部的地位和作用 图 4-3 我国医院护理管理体制示意图 院护理指挥系统的中枢，在医院管理中相对独立，自成体系。护理部主任直接进入医院领导层，参与整个医院的管理活动，并具有相应的责任和权力。现在，护理部与医院行政、医务、医技、后勤等部门处在并列的地位，相互配合共同完成医疗、护理、预防、教学、科研等工作。护理部在护理副院长或业务副院长的直接领导下负责计划、组织、指挥、协调、控制全院的护理业务、行政管理、在职教育、科学研究等工作，在医院护理全过程中始终起着主导作用。

2. 护理部的管理职能 护理部在医院管理中的地位决定了它的主要工作职能有：

（1）在院长、分管护理工作的副院长的领导下，负责全院护理工作，拟定护理工作的近、远期计划，具体组织实施，并定期进行检查及总结。

（2）制订全院护理管理标准，包括护理常规、质量标准、规章制度、工作职责、排班原则等，督促检查各级护理人员的执行情况。

（3）制订护理技术操作规程和护理文书书写标准（含护理病历、各种记录单、表格、交班报告等），做好护理资料的登记工作。

（4）加强对护士长的领导与培养，提高她们的业务水平和管理能力，对重、危、难患者的护理过程进行技术指导。

（5）调配院内护理力量，合理使用护理人员，发挥护理人员的积极性；协调处理与科主任、医技、后勤等部门的关系。

（6）负责全院护理人员的业务培训、技术考核、教学、进修等工作，建立护士技术档案；提出晋升、

任免、奖惩意见；组织全院护理查房；领导护理人员学习先进护理经验，积极鼓励护理人员钻研业务，有计划地造就一支高素质的护理队伍。

（7）负责领导护理科研工作，组织制定规划，选定课题，提出措施，抓好落实；根据实际情况有计划地开展护理新业务、新技术，不断提高护理质量。

（8）组织护士长定期分析护理质量，采取措施减少护理差错，严防护理事故发生，并负责护理方面的医疗纠纷与事故的处理。

（9）负责提出有关护理物品、仪器、设备等的增配意见。

（四）科室护理组织工作 根据卫生部规定，100 张床位或三个护理单元以上的大科，以及三级医院中任务繁重的手术室、急诊科、门诊部设科护士长，由护理部主任提名聘任。科护士长在护理部主任的领导下，全面负责所属科室的护理管理工作。

护士长是医院病房和其他基层单位（如门诊、手术室、供应室、产房等）护理工作的管理者。病房护理管理实行护士长负责制，在护理部主任或（总护士长）、科护士长领导和科主任业务指导下进行工作，负责本病房的护理管理工作。

第三节 护理人员配备

一、护理人员的编配

人员编配是人力资源规划的重要组成部分，包括依据工作性质和工作量确定护理人员的数量和质量，然后选择合适的护理人员，充实到相应的岗位上，赋予其责权利。在这个过程中，管理者要遵循基本的编配原则，考虑影响编配的因素，掌握一定的编配方法。

（一）护理人员编配的基本原则 护理人员编配是指经过科学系统的方法，安排护理人员于组织中各护理岗位的工作过程，涉及组织结构、护理目标、岗位职能等因素。在护理人员编配中应遵循以下原则：

1. 适应目标的原则 人员编配适应组织目标就是指所配置的护理人员在数量、质量、整体结构等方面，满足护理服务对象的需要，利于组织目标的实现。人员编配的目的是为了实现组织的目标，所以适应和满足组织目标对人员的需要是人员编配的首要原则。

2. 合理结构的原则 人员编配过程中，不仅要看个人的素质和能力，还要特别注重整体和系统的效应，也只有这样护理人员个人的潜能才可能在各岗位上发挥出来。编配过程中要考虑医护比例、护理人员和床位比例，不同学历、年龄护理人员的合理构成等。

3. 责权利一致的原则 护理人员与岗位结合的同时，就意味着赋予其责权利。护理工作中各岗位职务的要求是护理人员的责任，即护理人员应当完成的任务，恰当的权利使护理人员能主动实施工作计划，担当起所负的责任，同时，与责权相匹配的利益、待遇，也是必不可少的保障因素。因此，管理者在护理人员编配时要做到责权利三者统一。

4. 动态发展的原则 合理的人员编配必然是动态的。随着护理服务需求的变化，护理专业的发展，卫生服务体制、政策等的改革，护理的组织目标在不断发展变化，这就从客观上要求人员编配应是动态的，同时，护理人员自身发展的需求变化，也使得人员流动成为编配的方式之一。因此，人员编配应有预见性，在发展中达到动态平衡。

（二）影响护理人员编配的因素 护理人员的编配总是在特定组织中，并且在一定环境下进行。管理者在遵循上述编配原则的基础上，还要充分考虑影响编配的因素，才能使护理人员合理编配有基本的保证。影响编配的因素主要有以下几方面：

1. 服务需求 服务需求是影响编配的主要因素。随着医学和护理学的发展，护理服务范围在扩大，服务内容在增加，服务需求在不断发展变化，这就对护理人员的数量、素质两个方面提出新的要求，管理者在护理人员编配时要充分考虑服务需求的变化。

2. 人员素质 护理人员的素质包括职业道德素质、知识技能素质、心理素质和身体素质，这些都直接影响人员的编配。若护理人员训练有素，能力强，并能充分发挥功能，可使编制少而精；反之，素质、能力与工作职责不相适宜，必然影响工作效率，人力需求就会增加。

3. 管理因素 管理是使人、财、物发挥效能的基础，人员编配的全过程都受管理因素的制约。从宏观上国家的现行政策、制度影响编配，从微观上护理管理者的组织、计划、决策能力也影响编配。在国家政策允许范围内，护理指挥系统科学的组织，合理的使用人力资源，才能提高工作效率。

4. 环境条件 影响人员编配的环境可分为硬环境和软环境。硬环境是指护理服务所需要的建筑、设施、设备、后勤保障等条件。如医院建筑布局的分散与集中，工作条件自动化、现代化程度等。软环境是

指护理服务所面对的社会环境，包括服务对象的文化教育背景，经济发展科技进步，医院等卫生服务部门的竞争等。

（三）护理人员编配方法 医院是护理人员需求量最大的场所，编配方法多以医院护理人员的编配为研究对象，现介绍以下几种方法。

1. 按卫生部《编制原则》算法 卫生部 1978 年颁布了《关于县及县以上综合医院组织编制原则（试行）草案》（[78]卫医字第 168 号文件，简称《编制原则》），对我国综合医院的组织机构和人员编制做了具体规定。

（1）《编制原则》规定综合医院床位与工作人员之比，按照医院规模和所担负的任务分为三类：

300 张床位以下	1:1.30~1:1.40
300~450 张床位	1:1.40~1:1.50
450 张床位以上	1:1.60~1:1.70

（2）《编制原则》规定综合医院各类人员比例为：行政管理和工勤人员占总编制的 28%~30%，其中行政管理人员占总编制 8%~10%；卫生技术人员占总编制的 70%~72%，其中医师占 25%，护理人员占 50%，其他卫技人员占 25%。

（3）《编制原则》规定病房和非病房护理人员编制为：

1) 病房护理人员包括护士（含护师）和护理员。护士和护理员之比以 3:1 为宜。每名护理人员担当的病床工作量，见表 4-1。病房护理人员担当的工作量不包括发药和治疗工作在内，发药及治疗工作每 40~50 床位配备护士 3~4 名。

4-1 每名护理人员担当的床位工作量

	每名护理人员担当床位数		
	日 班	小 夜 班	大 夜 班
内、外、妇产科、 结核科、传染科	12~14	18~22	34~36
眼、耳鼻喉、口腔科、 皮肤科、中医科	14~16	24~26	38~42
小儿科	8~10	14~16	24~26

2) 非病房护理人员的编制为：

门诊护理人员与门诊医师之比为 1:2；
急诊室护理人员与医院总床位之比为 1~1.5:100；
观察室护理人员与观察床之比为 1:2~3；
注射室护理人员与病床之比为 1.2~1.4:100；
住院处护理人员与病床之比为 1~1.2:100；
婴儿室护理人员与婴儿床之比为 1:3~6；
供应室护理人员与病床之比为 2~2.5:100；
手术室护理人员与手术台之比为 2~3:1；
助产士与妇产科病床之比为 1:8~10
病房和非病房各单位，每 6 名护理人员（助产士）增加替班 1 人。

3) 护理管理系统的编制：300 张床位以上的医院设护理副院长，兼护理部主任 1 人，副主任 2~3 人；床位不足 300 张，但医、教、研任务繁重的专科医院，设护理部主任 1 人，副主任 1~2 人；300 张床位以下的医院设总护士长 1 人；100 张床位以上的科室设科护士长 1 人，门诊部、急诊室、手术室等任务重、工作量大的科室也各设科护士长 1 人。

《编制原则》目前仍是我国公立医院进行人员编配必须遵循的准则，但是随着科学技术的进步，医院管理体制的改革，医疗保险制度的变化，医疗卫生服务对各专业技术人员的需求有了新的变化，医院如何使人员编配适应新形势，提高服务质量值得进一步的探讨。

2. 按工作量算法 按工作量算法编配护理人员的计算公式很多，各有特点，但在实际应用中由于受到多种因素的影响，很难完全实施，本章简要介绍以下方法。

各级护理所需时间总和

公式 I：应编护士数=----- + 机动数

每名护士每天工作时间

例如某病房患者总数为 40 人，其中一级护理 4 人，二级护理 12 人，三级护理 24 人。根据江苏省护理学会 1980 年护理工作量的测算结果，一级护理每名患者每日直接护理所需时间 4.5 小时，二级护理 2.5 小时，三级护理 0.5 小时。间接护理时数每一位患者每日约 20 分钟。机动数一般按 20%~25% 计算。

$$\begin{aligned} \text{应编护士数} &= \frac{4.5 \times 4 + 2.5 \times 12 + 0.5 \times 24 + 13.3}{8} \times (1 + 20\%) \\ &= 11(\text{人}) \end{aligned}$$

$$\text{公式 II: 应编护士数} = \frac{\text{病房床位数} \times \text{床位使用率} \times \text{平均护理时数 (分)}}{\text{每名护士每天工作时间 (分)}} + \text{机动数}$$

公式中：平均护理时数=各级患者护理时数的总和/该病房患者总数

$$\text{床位使用率} = \frac{\text{占用床位数}}{\text{开放床位数}} \times 100\% \quad \text{一般按 93\% 计算}$$

每名护士每天工作时间以有效服务时间计算，即除去法定公休和学习时间，一般按每名护士每天工作时间约 400 分钟计算。

上述举例按公式 II 计算如下：

$$\begin{aligned} \text{平均护理时数} &= (4.5 \times 4 + 2.5 \times 12 + 0.5 \times 24 + 13.3) / 40 = 1.83 \quad (\text{小时}) \\ \text{应编护士数} &= \frac{40 \times 93\% \times 110}{400} \times (1 + 20\%) = 12.3 \quad (\text{人}) \end{aligned}$$

按工作量编配护理人员是一项复杂而具有科学性的工作，特别是开展整体护理后，如何计算护理人员的工作量，如何衡量心理护理、患者评估、健康教育等工作的所需时间等问题都有待在实践中探索。

3. 按“患者分类系统”确定护理人员方法 20 世纪 60 年代以来，为科学化护理人员的工作和患者护理等级，更恰当的配备人力资源，国际上许多专家学者发展出各种不同的“患者分类系统”，即根据患者在特定时间内所需护理活动的多少为标准对患者予以分类。

(1) 患者分类依据 20 世纪 50 年代以来，护理专家提出了根据患者在特定时间内所需护理活动的多少为标准对患者予以分类的方法。通常依据患者所需要的护理活动，经过量化后分类，而量化是以每名患者每日所需护理时数而定。

(2) 患者分类方法 分类方法有原型分类和因素分类，原型分类是按照患者身体、心理、社会功能不同，将患者分为不同的等级。如我国按原型分类将患者护理分为一、二、三级和特级。原型分类法简便、省时、易掌握，但评定级别的信度不易一致。因素分类是将与护理有关的因素分为几个大范围，每个范围包括一定的护理活动。这种方法通常使用患者分类量表对患者进行分类，而且各种量表制成计算机软件，作为正确监测和决定患者个别性护理需要的依据，可确定患者需要照顾的工作量及复杂性，从而对患者进行分类，也可以此计算护理人员的编制数。

(3) 罗斯麦迪可斯量表—患者分类系统 罗斯麦迪可斯量表—患者分类系统 (Rush Medicus Tool-patient Classification System RMT-PCS)，该量表是美国圣路加医学中心与麦迪可斯计算机公司合作发展的软件，至今已在美国几百家医院使用。下面依照姜小鹰主编的《护理管理学》介绍“罗斯麦迪可斯量表”。

表 4-2 是台北荣民总医院使用 RMT-PCS 量表的范例。此表建立在“患者情况”、“基本护理”、“治疗护理”三大因素上。

表 4-2 台北荣民总医院试用 RMT-PCS 量表之范例

[illegible]

[illegible]

28	氧气治疗	6														
29	至少每2h观察生命体征	12	O	O	O	O										
30	静脉注射部位护理	12	O	O	O	O	O	O	O	O						
31	特殊卫教护理	12									O	O				
32	特殊情绪需要	12											O			
33	准备检查及医疗（简单型）	3	O													
34	准备检查及医疗（复杂型）	3														
病人分类			3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1

此表为病人李四 11 月 1 日入院至 11 月 4 日出院之白班所需护理活动项目，以圈代表之。

荣民总医院结合实际，将患者分为四类，护理活动从原表的 37 项修改为 34 项。表内各项护理活动均有其定义的标准，以保证每位护理人员使用时均按其统一标准确立患者的护理项目。如“大小便失禁或盗汗”适用于大小便失禁者，包括部位不易护理或常渗漏者的肠造瘘，但不包括已有导尿管的患者。也适用于严重盗汗的患者，或在高湿度氧气帐内需要经常更换床单的患者（至少每班 2 次），但不包含未经大小便训练的婴儿。

表内各项护理活动均做过工时测定，以了解各项活动平均需花费多少护理时数。在设计量表时，专家们共同拟订出计算人力的方式，并按工时不同，将各项护理活动经量化确定“点数”，“点数”是由所需护理时数转化而来的时间因素，如可将 5 分钟确定为 1 点。

使用 RMT-PCS 量表，首先确定患者所需要护理活动项目，然后将各点数相加计算出总点数，按总点数将患者分为四类，见表 4-3。

表 4-3 患者分类表

类别	24 小时内所需护理时数	平均患者严重程度	总点数
----	--------------	----------	-----

I 类	0~2 h	0.5~0.74	0~24
II 类	2~4 h	0.75~1.74	25~48
III 类	4~10 h	1.75~3.74	49~120
IV 类	>10 h	3.75~5.00	>120

在使用 RMT-PCS 量表之前，须了解下列有关名词：

1) 严重度指数：是依照患者所需护理时数多少与其他患者等级衡量后得到的指数。患者严重度指数第一类患者定为 0.5，第二类患者为 1.0，第三类患者为 2.5，第四类患者为 5.0；即护理时数第一类患者最多需 2 小时，第二类患者最多需 4 小时，第三类患者最多需 10 小时，第四类患者需要 10 小时以上。

2) 工作量指数：是将每一类患者人数乘以严重度指数所得之和为工作量指数。如某病房 30 位患者，其中第一类和第二类患者各 10 位，第三类患者 8 位，第四类患者 2 位，则：

工作量指数=10×0.5+10×1.0+8×2.5+2×5.0=45

3) 平均患者严重度：平均患者严重度为工作量指数除以患者总数，如上例中工作量指数为 45，患者总数为 30 人，则 45 除以 30 得 1.5。依据 RMT-PCS 的分类，该病房患者的严重度在 0.75~1.74 之间，是属于第二类的患者，即该病房 30 位患者虽有一到四种等级，但平均患者严重度说明患者平均为第二类患者。

罗斯麦迪可斯量表的应用：

1) 了解患者的种类及护理工作量：护理人员每日上午 10 时以前须使用量表勾选患者所需护理活动项目，将项目和点数由录入员输入计算机，经计算得出每日每位患者所需的护理时数，即能计算出病房各级护理的患者数、护理工作量指数及患者的严重度，作为人力编制计算的依据。

2) 预测每班分配多少比例的人力：可通过各班所需工时计算出来。如 24 小时内观察，白班 8 小时患者所需护理时数为 80 小时，小夜班为 48 小时，大夜班为 32 小时，故 24 小时内共需 160 小时。依据工作量比例为 10：6：4，因此，白班可按 50% 的人力配备，小夜班 30%，大夜班 20%。

3) 能计算出每班需要多少人力：RMT-PCS 是以各医院每患者每日所需护理时数来计算所需护理总时数的。标准护理时数在各医院是不同的，因为患者严重度不同，所需护理不同。

4) 计算出总护理人力：计算总人力时应减除护理人员公休和假期的天数。即一年 365 天减去法定假日、公休假、平均病事假、在职学习日等，得出实际上班天数。以 365 日除以实际上班天数即为休假系数。

任何一个量表要达到一定的信度和效度才能合理应用。患者分类量表中每一项护理活动所花费的时间是否正确，以及这些项目是否已包含了百分之百的直接护理和间接护理活动，均为建立此表时应重点研究的问题。总之，罗斯麦迪可斯量表在患者分类、测定护理工作量方面确有应用价值，值得国内同行结合国情加以研究。

二、护理人员的合理分工

护理人员的合理分工是保证实施组织管理的重要措施，分工合理就能充分调动每一个人的积极性，使人人按照组织目标进行工作，保证组织目标的实现。

(一)按职务分工 包括按行政管理职务和技术职务分工。行政管理职务包括护理副院长、护理部主任、副主任、科护士长、护士长。技术职务包括主任护师、副主任护师、主管护师、护师、护士。

(二)按护理方式分工 护理方式是指护理人员对服务对象进行护理工作的工作模式。不同的护理方式有不同的分工方法。随着医疗卫生事业的进步和护理专业的发展，我国护理工作主要经历了以下几种护理方式：

1. 个案护理 个案护理 (case nursing) 是指由一名护理人员负责一个或几个患者的全部护理。在医院中这种方式多用于护士长安排护士专门负责病情较重的患者的护理，也有患者聘请特护给予完全照顾。这种方式的优点是：护士可以和患者直接交流，护患关系融洽；负责护士有一定的自主权，可以把护理内容和护理方法协调得更好；易明确责任、任务，有利于保证工作质量；护士的工作责任心较强。其缺点是：需要人力多，花费大。

2. 功能制护理 功能制护理 (functional nursing) 是以工作为中心进行岗位分工，如护理分工有治疗护士、药疗护士、生活护理护士等，对患者的护理工作是由各岗位护理人员相互协作共同完成，护士按操作规程和工作标准工作，较少考虑患者的心理因素及管理等有关问题。这种护理方式的优点是：节约人力和经费，节省时间；护理人员操作熟练周期短，任务明确便于组织工作；单元护理患者所需器械较少。该方式的缺点是：护理人员对患者缺乏整体性了解，易忽视心理、精神、社会等因素对患者的影响；对患者护理的连续性较差；机械性、重复性的护理工作较多，不易发挥护理人员的创造性和主动性。

3. 小组护理 小组护理 (team nursing) 是指由一组护士负责一组患者的护理。小组一般由 3~4 名护

理人员组成，负责若干名患者的护理。小组负责人要有一定的管理经验和较强的技能，小组成员可由护师、护士、护理员组成。这种护理方式的优点是：护理人员的责任心较强，对患者的情况掌握较全面，可以由小组根据患者情况制定护理计划，并合理协调实施。这种护理方式的缺点是：需较多的人力和设备；对患者的护理仍不够全面。

4. 责任制护理 责任制护理（primary nursing）是在生物—心理—社会医学模式影响下产生的一种新的护理方式。这种护理方式强调以患者为中心，由责任护士按护理程序为患者提供身心护理方案，患者可以得到整体、连续、协调、个别性的护理。在责任制护理中，责任护士是主体，可直接向医生报告工作，并与其他医务人员、家属等沟通。一般一名责任护士负责 3~6 名患者，8 小时在班，24 小时负责，当责任护士不在班时，由辅助护士代为负责。这种护理方式的优点是：护理人员的责任感增强，处理患者问题更直接迅速；护理工作的连续性、整体性加强。这种护理方式的缺点是：人力、物力需求增多，经费消耗大，常受编制、人员素质等方面的限制。

5. 整体护理 整体护理（holism nursing care）是近年发展起来的一种护理方式，是以人为中心，以现代护理观为指导，以护理程序为核心为服务对象提供系统的整体护理。其体系包括护理哲理、护理程序、护士职责与行为评价、患者入院及住院评价、患者标准护理计划及标准护理教育计划、护理记录和护理品质保证等内容。这种护理方式的优点是：整体护理采取较为灵活的分工方式，每班将患者分配给护士负责，班与班之间通过护理表格紧密衔接，从而实现 24 小时的连续负责；整体护理要求护士严格按照护理程序工作，使护理工作评价标准和护理人员职责管理更加规范化、具体化；整体护理更加注重人的整体性，护患关系、医护关系得到良好发展，患者得到包括生理、心理、社会、精神、文化多方面的护理服务及健康教育。这种护理方式的不足基本同责任制护理。

以上各种分工方式各有其理论原则和适用性，在实际工作中，应根据所在单位的性质、人员、经费及患者等具体情况选择。

(三)合理排班 护理工作中的排班问题是护理人员分工的具体体现，也是护理管理者的基本管理职能。

1. 排班原则 护理排班的方法可因护理分工方式不同而异，但应遵循的原则基本是一致的，主要原则如下。

(1) 护理排班以患者的护理需要为中心，适应护理工作连续性，24 小时不间断的特点，合理有效地安排人力，护、教、研等统筹兼顾。

(2) 掌握护理工作规律，分清主次缓急，合理搭配各层次人员，使工作互不重叠、互不干扰，既能保证重点，又能照顾一般。

(3) 保持各班工作量的均衡，按工作量安排人力，使人人充分发挥效能。

(4) 护理排班方式应相对稳定，有计划，又有弹性，常备机动人员，以便随时调配。

2. 排班类型 依照排班权力的归属分为三种：

(1) 集权式排班：由护理部负责排班。这种排班能使排班者了解护理人员整体情况，随时调整各单位的人数，避免忙闲不均，比较客观、公平的安排人力。但是这种方式没有顾及护理人员的个别需要，易降低工作士气或不能真正了解各单位的需求，而且这种方式否认了护士长的排班权力。

(2) 分权式排班：由护士长排班。这种排班方式使基层护理管理者在充分了解本单位的人力需求基础上，依据患者的需要，合理考虑护理人员的愿望和特殊要求，作有效的安排。但这种方式因护士长的职责范围限制，无法在更大范围内灵活运用人力资源，会较多地遇到护理人员的数量、质量与工作的矛盾。

(3) 自我排班：由护理人员自行排班。国外学者认为自我排班是护理管理者激励下属自主性与工作满意度最有效的方法之一。这种方式可以增强向心力，改善护理管理者和护理人员的关系，提高工作自觉性。同时，可以节省护理管理者的排班时间。但是，自我排班前要先拟订排班规则，要以患者的需要和有效高质量的护理工作为前提，然后再给予护理人员充分的自主。

【实例分析】

下面这一事件发生在某医院。护士长张宁给医院的院长李伟博士打来电话，要求立即做出一项新的人事安排。从张宁的急切声音中，李伟能感觉得到了发生了什么事。他告诉她马上过来见他。大约 5 分钟后，张宁走进了李伟的办公室，递给他一封辞职信。

“李院长，我再也干不下去了，” 她开始申述；“我在产科当护士长已经四个月了，我简直干不下去了，我有两个上司，每个人都有不同的要求，都要求优先处理。要知道，我只是一个凡人。我已经尽最大的努力适应这种工作，但看来这是不可能的。让我举个例子吧。请相信我，这是一件平平常常的事，像这样的事情，每天都在发生。

“昨天早上 7:45 我来到办公室就发现桌上留了张纸条，是护理部主任给我的。她告诉我，她上午 10 点钟需要一份床位利用情况报告，供她下午使用。我知道，这样一份报告至少要花一个半小时才能写出来。

30 分钟以后，科护士长（张宁的直接主管）走进来问我为什么我的两位护士不在班上。我告诉她外科主任从我这里要走了她们两位，说是急诊外科手术正缺人手，需要借用一下。我告诉她，我也反对过，但外科主任坚持说只能这么办。你猜，科护士长说什么？她叫我立即让这些护士回到产科。她还说，一个小时以后，她会回来检查我是否把这事办好了！我跟你说，李院长，这种事情每天都发生好几次的。一家医院就只能这样运作吗？”

问题：

1. 这家医院的正式指挥链是怎样的？
2. 有人越权指挥了吗？
3. 李伟院长能做些什么改进现状？
4. “医院的结构并没有问题。问题在于，张宁不是一个有效的管理者。”对此，你是赞同还是不赞同？提出你的理由。
5. 张宁可以利用哪些权力基础来使自己更好地处理冲突的要求？

【参考文献】

- 1 杨文士，李晓光. 管理学基础. 北京：中国财政经济出版社，1999
- 2 徐国华，赵平. 管理学. 北京：清华大学出版社,1997
- 3 杨英华. 护理管理学. 北京:人民卫生出版社, 1999
- 4 姜小鹰主编.护理管理学.北京：上海科技出版社，2001
- 5 潘绍山，孙方敏，黄始振等主编.现代护理管理.北京：科学技术文献出版社，2001
- 6 左月燃主编.护理管理学.北京：人民卫生出版社，1997
- 7 赵炳华主编.现代护理管理. 第二版.北京：北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社，1997
- 8 刘熙瑞主编.现代管理学基础.北京：高等教育出版社，1999
- 9 何惠主编.管理学原理.北京:中国人事出版社,1999
- 10 杨英觉主编.组织与管理概论.北京:经济科学出版社,2000

第五章 护理群体的人际关系

Interpersonal relationship in nurses group

【教学目标】

识记

1. 说出群体、内聚力、人际关系等概念。
2. 列出影响内聚力的因素。
3. 说出人际关系的分类。

理解

1. 解释群体内聚力与工作效率的关系。
2. 概述影响人际关系的因素。
3. 举例说明护理群体中的人际关系。

应用

1. 运用人际关系理论，分析影响护患关系的因素。

2. 应用人际关系平衡理论，分析护理管理者如何管理群体中的人际关系。

群体的一切活动，是通过人与人之间相互交往而得以实现的，人们在交往中，形成了各种各样的人际关系。人际关系的好坏直接影响着群体气氛，影响着职工的工作情绪和积极性。护理管理者掌握护理群体中人际关系的特点和规律，对于有效地进行护理管理至关重要。

第一节 概述

任何组织都是由若干大小不同的群体组成的。管理者直接面向的对象不仅仅是个人的行为，而且是群体的行为。只有了解群体对组织功能及对个体的影响，才能更好地调动人的积极性，发挥群体的作用。

一、群体的概念

群体（group）是指由若干个体因为某些心理的、社会的原因，以一定的结构组合在一起进行活动的相互制约、相互依赖的人群整体。

群体不是若干个体的简单集合，几个人偶然一起乘坐电梯，素不相识的人在马路上围观某一事物，凭自由买票进入同一影剧院的一群人，都不能称其为群体。群体应该是一个整体，应该是建立在其成员的相互依赖和相互作用的基础上，并有特定的群体目标。美国心理学家霍曼斯经过研究指出，在任何一个群体中，都有三个相互联系的组成“元素”，即情感、活动和相互作用，一个群体的存在，是离不开这三个因素的。首先，群体成员是以一定的方式联系在一起的，其中思想感情和心理的联系是极为重要的因素，心理上没有什么联系的人群不是群体。其次，群体必须有活动，否则群体的存在也就失去了意义。无论是学习活动、生产活动、军事活动、文体活动、商业活动还是学术活动，都必须以分工协作为基础，在活动中发挥各自的智慧、才能和力量。第三，群体内的成员为实现共同利益和目标必然会相互配合、相互作用、相互依存、相互影响。当然以上这三个要素不是孤立的，而是相互联系的。群体成员在活动中必然要相互作用，在相互作用中又产生思想和感情的沟通联系，思想感情的联系又会进一步影响活动和相互作用。

二、群体的内聚力

（一）群体内聚力的概念 群体内聚力（group cohesiveness）又称凝聚力，是指群体对其成员的吸引力，或群体内成员的心理亲合力，其具体表现是成员对群体忠诚，有很强的“我们”意识，成员之间有相互合作的亲情，有一致的价值观念，有相近的心理感受等。它是群体成员之间或成员与群体之间关系的一种反映和表现。

群体内聚力具有重要意义，它使群体成员自觉地产生为群体效忠、献力的主动投入倾向，它是维持群体存在的必要条件。如果一个群体丧失了内聚力，对其成员没有吸引力，群体就如一盘散沙，这个群体就难以继续存在下去，即使名义上还存在，而实际上已经丧失了群体的力量和功能。群体内聚力是增强群体效能，实现群体目标不可缺少的条件。

高内聚力的群体一般具有这样几个特点：群体成员之间信息畅通、交往频繁、关系融洽、气氛和谐，群体成员具有较强的归属感和安全感，愿意参加群体活动，群体成员主动出谋划策维护群体利益，愿意更多地承担群体责任，促进群体的发展。

（二）影响内聚力的因素

1. 群体内部的一致性 指群体成员之间的相似程度，比如兴趣、爱好、需要、动机、目标利益，信念等方面的一致性 or 相似性。一般说，一致性越高，内聚力也就越高，其中，共同的利益和目标是最主要的凝聚因素。

2. 与外部环境的关系 一个群体与外界相对地比较隔离，比较孤立，这个群体内聚力就较高。当群体面临外界压力，遭受外部威胁，或与其他群体处于竞争状态时，会促使内部成员紧密结合起来，共同抵抗外力，从而增加了群体内聚力。

3. 群体的目标结构与目标的达成 目标对群体行为有凝聚作用，在目标结构上，单纯地强调个人目标或单纯地强调群体目标，二者互不关联，就会降低群体内聚力。如果个人目标和群体目标有机结合起来，就有利于增强群体内聚力。有效地达成目标会使成员产生自豪感、自信心，归属感，可进一步增强内聚力，而内聚力增大反过来又会促进目标的达成。

4. 奖励方式 在奖励方式上，如果单纯奖励个人，就会增强竞争因素，扩大群体内的差异性，从而削弱群体内聚力，但如果仅仅奖励群体，又不能鼓励先进个人，造成平均主义，先进者不服气，中间者与后进者也不会受到激励，同样会削弱群体内聚力。只有实现个人与群体相结合的奖励方式，才有利于增强

群体内聚力。

5. 领导方式 不同的领导方式对群体内聚力有不同的影响。心理学家勒温通过实验发现，实行“民主型”领导方式的群体内，成员思想活跃、团结友爱、主动性强、工作效率高、凝聚力强。在“专制型”领导方式下，群体成员缺乏自觉性，上下级之间感情冷漠，甚至相互敌视，因此内聚力低。至于在放任型领导方式的群体内，有组织的行动和以集体为中心的行动减少，对领导也无好感。实验说明不同的领导方式对群体内聚力有较大的影响。

6. 群体的规模 群体成员的多少会给群体内聚力带来一定的影响。一般认为，在保证任务完成的前提下，小规模群体有利于增强群体内聚力。

（三）群体内聚力与工作效率 群体内聚力在组织管理中的主要意义表现在它与工作效率的关系上。是不是通常像人们所说的，群体内聚力高、职工士气和满意度高、就一定会提高生产率呢？管理心理学研究认为，群体内聚力与生产效率之间并不存在这种正相关的关系。凝聚力高，可能提高生产效率，也可能降低生产效率，这里关键要看这个群体的规范的性质和水平。对此，沙赫特进行了重要实验，以揭示内聚力与工作效率的关系。

沙赫特在严格控制的条件下检验了群体内聚力和对群体成员的诱导对于生产效率的影响。实验中以内聚力和诱导为自变量，而以生产效率为因变量，被试除设立对照组进行对比之外，还把实验组分别给予四种不同的条件，即高、低内聚力和积极与消极的诱导等四种不同的结合，见图 5-1。

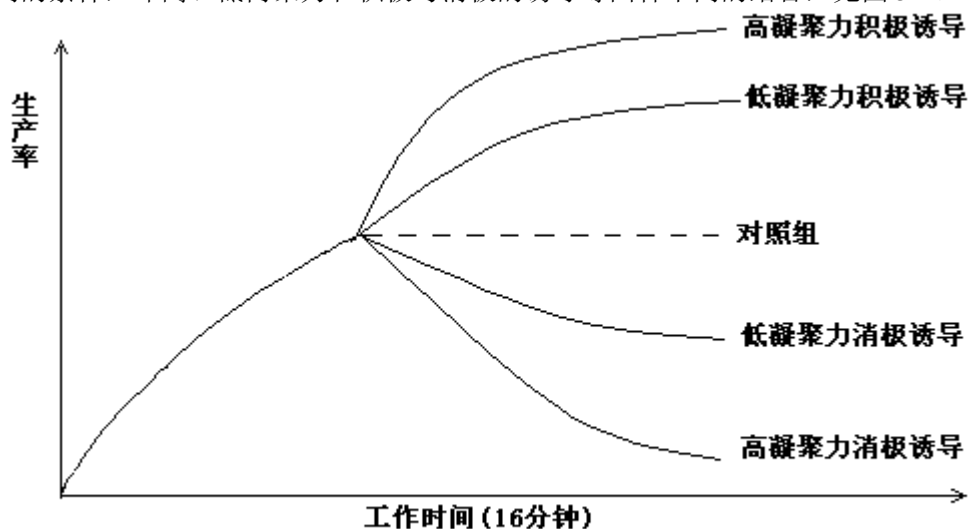


图5-1 沙赫特实验有关内聚力与生产率关系的结果

实验结果表明：①无论内聚力高低，积极诱导都提高了生产效率，而且内聚力高的群体，生产效率更高，消极的诱导明显地降低了生产效率，而且内聚力高的群体，生产效率更低。这就是说，高内聚力条件比低内聚力条件更受诱导因素的影响；②群体内聚力越高，其成员就越遵循群体的规范和目标。因此，如果群体倾向于努力工作，争取高产，那么，高内聚力群体的生产效率就会更高。可是，倘若群体内聚力很高，却倾向于限制生产，甚至与其他群体闹摩擦，结果就会大大降低生产效率。可见群体规范是决定群体内聚力与生产率关系的重要因素之一；③对群体的教育和引导是关键的一环，不能只靠加强成员间的感情联系来提高群体的内聚力。管理者必须在提高群体内聚力的同时，提高群体生产指标的规范水平，加强对群体成员的思想教育和指导，克服群体中的消极因素，使群体内聚力真正成为促进生产率提高的动力。

第二节 人际关系

一、人际关系的概念及分类

（一）人际关系的概念 人际关系（interpersonal relationship）是指人与人之间在直接交往中形成的心理关系。人际关系的概念包括三层含义：①人际关系是人们社会关系的一个侧面：人生活在社会中，在物质生产交往和精神生活交往中会发生各种各样的相互关系，如经济关系、政治关系、法律关系、伦理关系等等。现实生活中的每个社会成员都是处在一定的社会地位，以一定的角色身份与别人进行交往，特定社会的经济、政治、法律、伦理诸关系，一定要反映到人们交往活动中来，并对交往关系产生制约影响，因此说人际关系是人们社会关系的一个侧面；②人际关系的外延是角色关系：人们在工作生活中直接交往关系多半都是在各种角色之间进行的，如领导关系、同事关系、师徒关系、同学关系、同乡关系等等。由于每个社会成员都扮演着多重社会角色，这就带来了人们直接交往关系的复杂性。譬如，两个职工之间可能既是领导与下属的关系，又是同学或同乡关系；③人际关系的内涵是心理的亲疏关系：人们不论以什么

样的角色进行交往，交往双方最终都会产生亲密（心理距离近）或疏远（心理距离远）的感受。从这一层次上说，人际关系的形成是认知、情感和交往行为三方面心理因素互相作用的整合。其中认知因素是指对与某人交往关系的认知和评价；情感因素是指交往者在感情上对交往对象的好恶和满意程度；行为因素是指具体交往行为。这三因素中，情感因素起着主导作用，它制约着人际关系的亲疏和稳定程度。

（二）人际关系的分类

1. 按公私分类

（1）公务关系 即工作关系，是由组织结构规定的正式关系，包括领导与被领导、成员之间的分工协作关系等，是管理系统中的职务关系。例如护理部主任与各科、室护士长的关系，护士长与护士的关系。

（2）私人关系 在群体中，人与人之间存在一种由于自发的心理需要而产生的私人关系。此关系存在于员工与员工之间，也存在于员工与领导者之间。在管理系统中，没有脱离私人关系的纯公务关系，私人关系会对公务关系发生影响。如：护士长要求护士执行某项任务，如果私人关系融洽，护士会心情愉快地认真完成，反之如果关系紧张，护士会拖延执行任务或借口拒绝接受任务。

2. 按个人与不同对象之间的关系分类 可以分为三类：

（1）两个人之间的关系 如护士与患者个人之间、护士与医生个人之间、师生之间、护士长与护士个人之间等等。

（2）个人与群体之间的关系 如护士与护理群体之间的、护生与全班同学之间的、护士与医师群体之间的关系等。

（3）个人与组织之间的关系 如护士与医院之间的、护生与学校之间的、护士会员与学会之间的、护士与病房之间的关系等。

3. 按人际关系中的表现分类

荷尼(Horney)依个人与他人关系中的表现把人际关系划分为三种类型：

（1）顺从型 其表现特征为在交往中“朝向他人”。无论遇到何人，这种人必先想到“他喜欢我吗？”，这类人往往以从事社会、医学、教育工作的居多。

（2）进取型 其表现特征为在交往中“对抗他人”。这种类型的人往往想知道别人力量的大小，或别人对他有无用处。常常以从事商业、金融、法律方面工作的人居多。

（3）疏离型 其表现特征为“疏离他人”。这种类型的人常想别人是否会干扰或影响他，以从事艺术、科学研究方面的工作者居多。

二、影响人际关系的因素

在群体中，各成员之间总会建立各种各样的人际关系，有些人之间容易建立并保持密切的关系，而有些人的关系则较疏远。根据社会心理学家的研究，影响人际关系的因素可以归纳为下列几方面。

（一）人际吸引 人际吸引是建立人与人之间交往关系的重要因素。每个人所具备的吸引别人愿意与之交往的因素有许多，包括人的社会关系、职业、职位、经济收入、居住条件、受教育程度、年龄、性别、仪表、生活目标、生活作风、能力、性格等，其中影响较大的因素有：

1. 外表 一个人的体形外貌是由先天遗传素质形成和发展起来的，它不以个人的主观愿望为转移。但一般人在判断别人时，从心理上却无法消除由于别人外表所产生的影响，在社会交往过程中，外表因素常常有形或无形地左右了人际关系的建立。尤其是初次交往时，由于第一印象的作用，外表往往是一个重要的吸引因素。不过随着交往的深入，外表因素的作用会越来越小。

2. 能力、才华 一般说来，比较聪明、特长突出、才华出众的人往往有一种吸引力，容易受到人们的敬佩，使之愿意与他接近。也有研究认为，才华出众但有些小缺点的人会使一般人更喜欢接近他。因为，一个极其聪明能干的人会使其他人产生一种卑下感，令人敬而远之，从而降低了吸引力。

3. 人格 个人的人格特征也是影响人际吸引力的重要因素。在群体中，一个态度和善、性情宽厚、富有同情心、能体谅他人的人，易于受到其他成员的欢迎，因而也易于同他人建立良好的人际关系。反之，一个性格孤僻、固执，既不愿了解他人、又不愿被他人了解的人，就会与他人格格不入，难以形成融洽的人际关系。谦和、虚心、真诚、热情、情感丰富、胸怀开朗等人格特征，是形成良好人际关系的必要条件，而自高自大、目空一切、情感贫乏、刻板多疑等人格特征，则不利于结成良好的人际关系。

（二）时空上接近 一般说，生活中经常接近的人们比较容易发生人际交往关系，这主要指的是时空上的接近。例如，同一个病房工作或同住一个宿舍的护士容易结成友谊。这是因为空间距离近，交往方面，可以节约时间和精力。同时，由于经常接触，相互了解，容易预测他人的行为，从而能作出适宜的反应，促进相互关系的建立与发展。当然，距离相近，并不是建立人际关系的绝对条件，更不能决定人际关系的性质。如同一病房的护士之间，有的可能成为知音、挚友，有的则冷眼相待、势不两立。

（三）交往互应

1. 态度、价值观一致与相似 一般说，外表吸引、时空接近在人的交往初期会产生较大的力量。随着交往的深入，人们在兴趣、态度、信念、价值观、社会地位、行为习惯等方面的相似与一致会对相互关

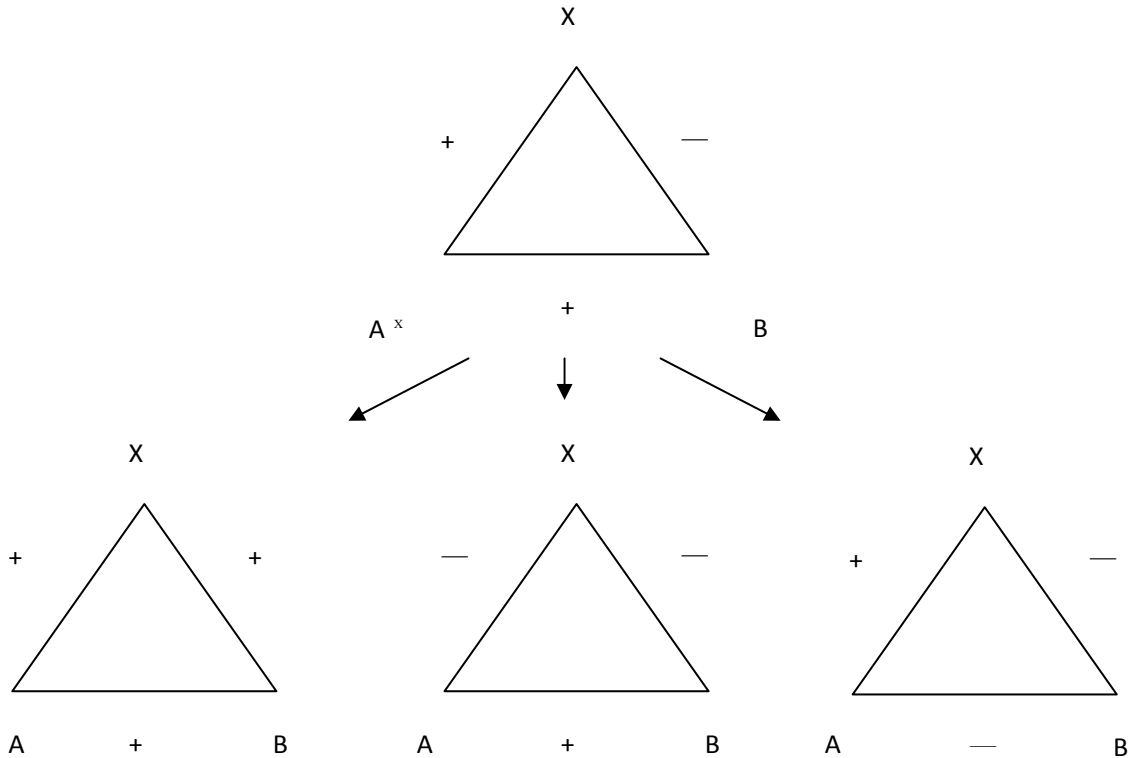
系产生越来越大的作用。社会心理学提出的证据显示：人们喜欢态度、信念、价值观和自己一样的人，最好的朋友大多是和自己具有同等地位的人。

2. 需求互补 需求互补是指双方在交往过程中获得互相满足的心理状态。在人际交往中，人们双方都要寻找一定需要的满足。如果这种预期的需要能在交往中得到满足，则容易形成密切关系，否则，吸引力就会受到障碍。需要满足不仅指物质的追求，也包括精神上的满足，如在交往中期待得到别人的赞成、同情、安慰、鼓励等。社会心理学家西保与凯利的研究显示，两个人透过彼此的交互作用所获得的报偿超过由此而来的损失时，两人之间的人际关系才得以维持。亲密的友谊关系，乃是彼此以极少的损失换取很多的报偿，亦即相互满足的状态。例如喜欢主动支配他人的人与期待他人支配者交往，他们各自的需要可以相互满足，就可以建立良好的人际关系；气质、性格不同的人，当双方的特点和彼此对于对方的期望正好成为互补关系时，也会产生强烈的吸引力。

3. 感情相悦 熟识是促成友谊的一个重要因素，但是常见面只是友谊的必要条件而不是充分条件。人与人之间只有既熟识又相悦才能形成友谊。我们喜欢那些喜欢我们的人，对于那些不喜欢我们的人，当然我们也不喜欢他们。交往双方相互间的赞同与接纳是使彼此间建立良好而稳定的人际关系心理条件。

三、人际关系的平衡

人与人之间关系的建立往往是通过某事或某人为中介而实现的，这就是说人际关系的建立除了交往双方以外，还要涉及第三者。美国心理学家纽科姆提出“A—B—X”模式来表达这种关系。纽科姆的 A—B—X 模式用一个三角形表示，见图 5-2。



这里的 A 和 B 代表人际关系的双方，X 为第三者，它可以是某个人，也可以是某件事。纽科姆认为，

图 5-2 人际关系平衡与改变

A 和 B 之间是否会形成亲密的关系，与他们对 X 的态度是否一致密切相关。如果对 X 的态度一致，他们的关系就协调而平衡。如果对 X 的态度不一致，他们的关系就紧张、不协调，这种紧张、不协调的关系，会给他们带来心理压力，而这种心理压力又会产生消除紧张、恢复平衡的动机。A 和 B 之间的关系越亲密，或者 X 对于他们越重要，或者他们各自的个性越强，他们的紧张感就越严重，从而也就产生了越加强烈的消除紧张、恢复平衡的动机。

在 A—B—X 模式中，如果三角形三边的符号相乘为正，人际关系即处于平衡状态；如果三边符号相乘为负，人际关系就处于不平衡状态。不平衡带来的结果，或者是 A 或 B 改变对 X 的态度，保持两者亲密的关系，或者是 A 和 B 之间的友好关系破裂。图中也展示了消除紧张、恢复平衡所带来的三种改变方式，有两种是通过 A（或 B）改变对 X 的态度，保持了 A、B 之间和谐的关系；另一种是双方坚持自己对 X 的态度不变而导致原有关系的破裂。关系破裂后双方也会消除心理紧张，因此也达到了一种特殊的平衡状态。

管理者利用控制关键因素 X，可以使 A、B 间良好的关系达到巩固，也可以促成 A、B 间不良关系的分裂，达到管理群体人际关系的目的。

四、人际交往分析

人际交往分析是贝尔尼提出的一种提高人际交往能力和促进信息沟通的理论。它主要由两部分组成：①自我状态；②人们之间相互作用的分析。

1. 自我状态 在人们的交往中，每个人在心理上都有三种“自我状态”，即“父母自我状态”、“成人自我状态”、“儿童自我状态”，分别以 P、A、C 表示。

（1）父母自我状态 是指父母对待子女的态度及行为而言，它以权威和优越感为标志，通常表现为统治人、训斥人以及其他权威式的交往作风。

（2）成人自我状态 其特征是注意事实和理智的分析。一个人能站在客观的立场面对实际情况，进行冷静的、合乎逻辑的分析，他就处于这种心理状态。

（3）儿童自我状态 泛指一切像孩子似的态度和行为，表现为特别好奇，爱冲动，易动感情，忽而逗人喜爱，忽而乱发脾气，惹人讨厌，有时又表现为服从和任人摆布的交往作风。

上述三种心理状态汇合成人的个人心理特征，并且蕴藏在人的潜意识之中，在每个人身上比重各不相同，在一定条件下会不自觉地表现出来。

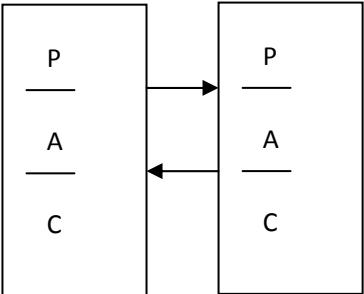
不同心理结构具有不同的行为特征，在管理人员中，由 P、A、C 三种不同比重的心理状态构成六种行为特征，见表 5-1。

表 5-1 管理人员的 P、A、C 结构和行为特征

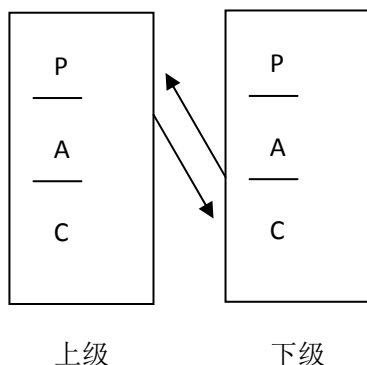
PAC	行为特征
高低高	喜怒无常、难与共事、个人支配欲强，有决断、喜欢被人捧场、照顾、歌颂。
高低低	墨守陈规、照章办事、家长作风、养成下属依赖性。
低低高	有稚气，对人有吸引力，喜欢寻求友谊，用幼稚的幻想进行决策，是讨人喜欢但不称职的管理者。
低高低	客观、重事实，工作刻板、待人冷淡、难与共事、只谈公事、不讲私交，别人不愿和他谈心。
高高低	容易把“父母”的心态过渡到“成人”心态，若经过一定的学习和经验积累，可成为成功的管理者。
低高高	成人和儿童的心态结合在一起，对人对事都能搞好，是理想的管理人员。

2. 相互作用 各种自我状态并非孤立地存在的，而是存在于与其他人某种自我状态的交往作用过程中。人们相互作用有以下两种类型：

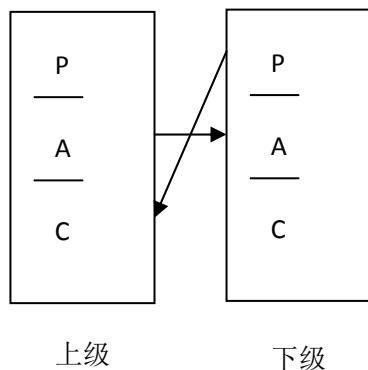
（1）互应交流沟通 这是一种符合正常人际关系的自我状态下的反应，也是为人所期望的反应。即当甲处于某种自我状态与乙交流时，乙以甲所期望的相应的状态予以反应。在这种情况下，交流会顺利地进行下去。例如，管理者甲以成人的姿态问乙：“这任务一周能完成吗？”乙也持相应的成人姿态回答：“如果没有其他干扰，我想可以。”这叫平行式互应交流沟通，见图 5-3。



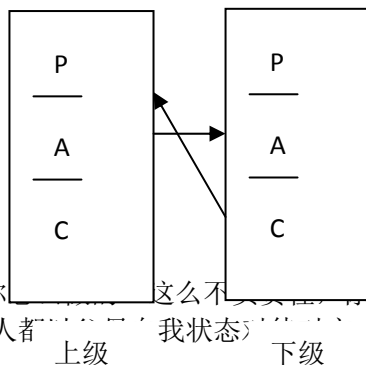
再如，下级甲站在孩子的立场上问上级：“护士长，我不大舒服，想请假回去休息。” 上级乙就采取甲所期望的父母状态回答：“可以，回去吧。” 这叫对应式互应交流沟通，见图 5-4。



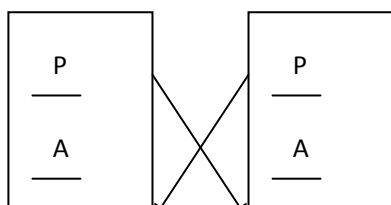
(2) 交叉交流沟通：在交流中，图 5-4 表现出适当的反应或预期的反应，就可能成为交叉交流沟通。这种相互作用是交叉的，沟通容易，甚至发生争吵。例如，下级以“成人”状态问上级：“这次调资我能升级吗？” 上级却用“父母”对待“儿童”口吻回答：“你这种人连任务都完不成，还想调级，不可能。” 见图 5-5



又如，上级以“成人”口吻通知某图 5-5 下级却以“儿童”状态对上级发脾气：“E，今天论到你值班，下班后请留下打扫卫生。” 这位，今天我有事，你为什么不能找别人呢？” 见图 5-6。



再如，上级指责下级：“你这么不认真，得重做！” 而下级随意顶撞：“你少来指手划脚，管好你自己就行了。” 两人都处于我状态，见图 5-7。



这三种情况都是交叉交流沟通，它必然造成沟通中断，引起冲突。

3. 人际交往分析理论的应用 掌握了人际交往分析理论，就能在交往中有意识地观察自己和对方所处的自我状态，做出适当的反应，避免发生交叉性交流沟通，改善人际关系。作为护理管理者，可以应用人际交往分析理论对护士施以训练，使其了解在与其他人交往中，自己和对方的行为出自哪一种心理状态，然后争取消除信息交流中的心理障碍，减少矛盾，建立互相信任的关系。

五、改善人际关系的途径

(一) 领导者的作用 领导者、管理者应主动引导群体朝着积极的人际关系方向发展。

1. 加强领导者的自身建设 领导者的思想与作风对组织内的人际关系有着重要的影响。领导成员大公无私、办事公道、密切联系群众，能促使整体组织树立友好、和谐的人际关系。护理管理者应注意以下几方面加强自身建设：

(1) 提高自身在仪表、谈吐和威信方面的吸引力 护理管理者的仪表、谈话常为病人与护士所注意，同时又潜移默化地影响下级。如护士会通过护士长在工作时衣冠整齐、精神抖擞、动作轻盈敏捷、谈话音调柔和清楚，以及护士长个人才识、技术、品德、能力以及与人交往中的表现对护士长给以认识，从而提高威信，树立起护士长的良好形象，增强护士长对人的吸引力。并且这种吸引力是持久的、稳定的。

(2) 主动接近群众，增强交往的深度 护理管理者应平易近人，善于与各种人交谈。如护士长与病人及家属，护士长与护理人员及其它医务人员，要主动接近，并且能根据其不同经历、不同文化程度深入浅出地交往。向患者讲解健康常识、关心患者疾苦并倾听意见、指导和协助护士护理危重病人、了解护士的困难与需求、指导与帮助护士解决实际问题等。通过深入而主动的交往，使感情融洽、消除隔阂、联系密切，保持良好的人际关系。

(3) 提高自身素质，扩大兴趣面，增加与交往对象的相似性 护士长与护理人员，同为护理病人和促进人民的健康服务，这是专业上的相似性。同时，文化背景、学历水平、信念、价值观等也会影响人际关系。护理管理者除对下属进行继续教育，提高护士素质及专业技术水平，提高群体的相似性以外，应加强自身建设，学习知识，提高素质，扩大兴趣面，增加与患者及下属人员的相似性。

2. 做细致的思想工作，因人施教，“对症下药” 思想工作是在群体内建立良好的人际关系的重要手段。思想提高，明理顺气，感情融洽，有助于形成良好的人际关系。护理管理者首先应充分了解每个成员的个性和气质，根据成员情况，采取相应的工作方法。如有的护士多次出现差错，反复提出无效，应对其严厉的批评，帮助其改正错误；有的成员对工作有不满情绪，应给予疏导；有的成员工作中有实际困难，应帮助解决。深入的思想工作，使每个成员相互理解，提高认识，收到良好的效果。

3. 创造有利的群体环境和交往气氛，促进群体成员间相互交往 人际交往的频数及质量对人际关系有重要影响。护理管理者要利用组织的力量，创造适宜的群体气氛，促进成员的相互交往。一方面鼓励大家分工协作、团结共事；另一方面，加强相互交往，加深理解，减少误会。可以组织必要的文娱及其它社交活动，增进感情交流，活跃气氛，为建立良好的人际关系创造条件。

4. 建立合理的组织结构及组织关系，制定必要的组织管理措施 组织内结构是否合理，组织关系是否明确同样影响人际关系。机构及岗位设置不合理，相互推拖，会影响关系，设置合理，关系明确，每个成员在各自岗位上可以发挥所长，协调工作，有利于人际关系和谐。

此外，还应建立必要的管理措施，对不符合道德规范的人际关系，如无事生非、破坏他人威信等行为，应按组织措施处理。

5. 组织群体成员参与管理 参与管理，可使成员了解管理状况、增强对组织与工作环境的认识，减少不满情绪，满足成员参与的心理需要。通过参与，使管理者与被管理者之间人际关系获得加强和改善。如授权护士轮流排班(按照统一的基本原则)，可提高护士对护士长的理解，密切关系，提高护士满意度。

6. 运用行为科学的理论和方法，培养、训练组织成员正确处理人际关系的能力 管理者可对组织成员进行心理辅导、人员相互作用分析和训练等，不断提高群体心理水平和修养，培养其理解他人需求与情感的能力，在人际交往中，减少不必要的误会与冲突，维持和谐的人

际关系。

7. 应用奖励性吸引的理论, 满足下属需要 在管理者与下属交往中, 若能满足其需要, 使成员在交往中得到互补, 则有利于建立和改善人际关系。护理管理人员对下属的物质、精神、生活上的需求给予经常性的关心, 合理要求给予支持和积极争取解决, 能起到改善和建立和谐的人际关系作用。根据护士工作, 表扬进步、授予某项负责任的工作机会, 奖励工作和学习中的成就等, 均能满足护士的实际需求。

总之, 管理者在建立和改善群体人际关系中具有重要的责任。对实施方法, 可不断总结经验, 自觉的引导群体朝着积极的人际关系方向发展。

(二) 群体成员的自我修养 群体成员自身加强修养, 使群体内建立和改善人际关系。具体方法如下:

1. 树立正确的价值观 一个人树立了正确的世界观、价值观, 对社会、对集体、对人与人之间的关系, 就会有正确的认识, 就能客观的、科学的分析人与人之间的矛盾, 冷静地、妥善地处理人际关系。

2. 重视性格锻炼 如前所述, 良好的性格能改善与增强人际关系, 不良的性格, 会使人际关系紧张。心胸开阔、性情开朗、严以律己、宽以待人, 为建立良好的人际关系提供了有利的心理条件。如性情暴躁的成员比较容易与人发生冲突, 造成人际关系紧张。因此, 注重性格锻炼, 对于个人修养和增进人际关系十分重要。

3. 加强自我意识 自我意识就是能够正确认识自己, 有自知之明, 能正确对待自己识与行为, 有意识的控制自己的动机与情绪。自觉的发挥自己的长处, 克服不良性格与作风, 正确进行与他人的交往, 建立良好的人际关系。

4. 提高人际交往的技巧 人际交往的技巧很多, 但交往中一个主要的原则是: 给予和索取要大致相等。人和人的关系是一种精神上的交换, 双方公平合理, 才能使关系持续下去。如果交往中只想索取面很少给予, 则会使关系失去平衡而恶化。护理管理者与下属交往, 最好能给予大于索取, 这将有利于维持良好的上下级关系。我们反对庸俗的“关系学”, 但适当的交往技巧是应该提倡的。

总之, 群体人际关系的建立和改善, 要靠管理者、领导者实行必要的措施并加强管理者的自身建设, 以增强影响能力; 另一方面, 也要靠群体成员进行自身调节, 加强成员自身修养和适宜的人际关系的技巧。

第三节 护理群体中的人际关系

护理群体中的人际关系是指护理人员在从事护理工作过程中与病人、医生、护士等不同人群之间的人际关系。实践证明, 人际关系融洽, 相互间就能产生一种协调和谐的心理气氛, 能互相帮助、支持、鼓励, 有利于人们的学习和工作。反之, 则会出现紧张的心理气氛, 彼此间就会相互对立、相互排斥, 不利于工作和学习。在护理工作中如能建立起良好和谐的人际关系, 将有利于护理工作的顺利进行, 有利于护理质量的提高。

一、护患关系

(一) 护患关系的含义与特点 护患关系是指护士与病人通过特定的护理与被护理的交往和联系而形成的人际关系, 它是护理工作中众多人际关系的主要方面。护患关系除具有一般人际关系的共同点外, 还具有其自身的特点。

1. 护患关系是两个系统之间的关系, 即帮助系统与接受帮助系统之间的关系 帮助系统包括医生、护士及其他医务人员; 接受帮助系统包括病人、病人家属及其亲朋好友等。护士与病人之间的关系体现了这两个系统的关系。护士为病人提供帮助, 实际上是执行帮助系统的职责; 而病人接受帮助, 也体现了病人及其家属的要求。

2. 护患关系不是两人或两方面的简单相遇, 而是双方之间的相互影响、相互作用 建立这种相互作用的良好关系, 在一定程度上受护患双方的个人阅历、感情、知识积累和对事物的看法等的影响。

(二) 建立良好护患关系过程中护士自身应具有的素质

1. 健康的生活方式 护士是护理提供者和健康教育者, 其本身就是一个角色榜样, 护士自身的健康习惯和生活方式对被照顾和被教育的对象产生直接影响。护士应学习并保持健康的生活方式, 提高对自身健康的责任感和警觉感, 保持良好的心态, 平衡的膳食, 适当的运动和休息, 并会评估、计划、执行和评价自己的健康状况, 利用各种机会和方式促进自己的健康。

2. 保持健康的情绪 由于情绪具有传播性, 护士不应把个人的情绪反应带到工作中。护士情绪反应的流露会直接影响周围环境的气氛, 尤其是不良情绪会直接影响到病人的心绪状态, 因此护士应注意利用转移、冷化等方法控制自己的负性情绪, 保持健康的情绪, 给病人以积极性干预。

3. 真诚对待和理解病人, 尊重其权利和人格

(1) 无条件地尊重病人: 良好护患关系的建立和保持有赖于双方的理解和尊重, 护士应完全接受病

人，容忍或接受患者的不同观念、习惯等，对所有患者一视同仁。

(2) 移情：指设身处地地理解病人，使病人相信自己内心的感受和情感被护士所理解，使病人感觉到护士在真心帮助他，这对建立良好的护患关系非常有利。

(3) 真诚：表现为护士真心实意地帮助患者，能坦率地向患者说明能给予的和不能给予的，能用适当的方式表达自己真实的感受。护士对病人愈真诚，护士的帮助作用就愈大。

4. 不断更新知识结构 一个优秀护士除了加强护理专业知识的学习以外，还应不断学习有关的人体、自然、社会和行为科学的知识，不断完善自身的知识结构，更有效地实施整体护理。同时，还应利用一切可以学习的机会更新自己的知识和技能，培养终生学习的良好习惯，以适应护理学的迅速发展。

5. 灵活运用沟通技巧 护士应加强沟通技巧的学习和训练，如交谈的技巧、倾听的技巧、非语言沟通技巧等，这是与病人进行有效交流，建立良好护患关系的有力工具。

二、医护关系 是指在医疗护理工作过程中，医生和护士之间的人际交往关系。在医务人员的交往关系中，医护关系具有十分重要的地位和作用，良好的医护关系有利于护理人员发挥自己的角色功能。

(一) 医护关系模式 医护关系的模式现正从历史的“主导—从属型”向现代的“并列—互补型”转变。

1. 主导—从属型 关于医生和护理人员的关系，从历史上看，有一个发展变化的过程，但是长期以来，医护关系一直是主导—从属型模式。早期，护理寓于医疗工作之中，未形成独立的学科。随后，由于病人集中收治，护理从医疗中分离出来，但只是为病人提供各种生活护理，护理人员无需专门训练，他们也未纳入医务人员行列。随着近代医学的进展，护理人员开始担任一部分治疗处置任务，他们已不是看护身份，而是医务人员队伍中的一员，但护理人员工作是医生工作的附属，护理人员从属于医生，护理人员的工作只是机械地执行医嘱，护理人员并不直接对病人负责，而仅对医生负责，医护关系只是一种支配与被支配的关系。由此可见，主导—从属型模式是和医学发展的历史沿革、传统的医学模式分不开的。

2. 并列—互补型 随着现代医学的发展，医学模式的转变，人们对疾病和健康的认识发生了根本性的变化，而护理作为一个独立的学科和完整的体系，也在逐步形成。

(1) 医疗护理两者紧密联系缺一不可 医疗护理是两个并列的要素，各有主次，各有侧重，组成了治疗疾病的全过程。医疗和护理是互相依存、互相促进的，没有医生的诊断治疗，护理工作就无从谈起，没有护理人员的治疗护理，医生的诊断治疗也无法落实。

(2) 医疗护理两者相对独立不可替代 在医疗工作中，护理人员虽参与了某些工作，但医生是起主要作用的，在护理工作中，护理人员根据病情和诊治方案，从病人的整体需要出发，制订完整的护理方案，其中既包括了医护协作性工作，也包括了护理人员独立性工作，如心理护理、生活护理、环境护理、饮食护理、健康指导等等。护理人员执行医嘱只是医护结合的一种形式，而更多更广泛的专业职责和社会功能是不能互相替代的。

(3) 医疗护理两者相互监督互补不足 由于两者的关系既紧密联系，又相对独立，就为相互弥补提供了可能。在临床上，医生的差错苗头被护理人员堵住，护理人员的工作漏洞被医生提醒的事情屡见不鲜。

(二) 影响医护关系的因素

1. 角色心理差位 心理方位是指人际交往中双方在互动时心理上的主导性和权威性的程度，是衡量人际心理关系最基本的指标。心理方位包括两种情况，一是心理差位关系，即发生互动关系时，双方在心理上分别处于上、下位，如师生关系、主雇关系、父子关系；二是心理等位关系，即发生互动关系时，彼此间没有心理上、下位之分，如朋友关系，同事关系等。

由于长期以来医护关系是主导—从属关系，因此容易形成护理人员对医生的依赖、服从心理，在医生面前感到自卑，觉得自己比医生低一等，表现在机械被动地执行医嘱，认为不折不扣地执行医嘱就是好护理人员。与此相反的是，近年来随着护理教育的进展，一批高学历的护理人员走上临床工作岗位，少数人过分强调了护理专业的独立性和专业性，不能很好地配合和尊重医生。这两种情况都不能形成医护之间的正常互动关系，医护之间应是心理等位关系。

2. 角色压力过重 护理人员及其他医务人员在健康服务群体中均有各自独立的角色功能，并在各自的工作范围内承担责任。如果分工科学合理，各自的角色负担比较适当均衡，则医务人员内部关系就比较协调，矛盾冲突可以较少发生。但实际情况并非如此理想。例如许多医院医护比例失调，甚至倒置，医生满员或超编，护理人员缺编严重；或者是其他岗位人员为“固定工”，护理岗位人员多为招聘的“临时工”，或者是岗位设置不合理，忙闲不均等等，这些都会造成某些人员角色压力过重。由于医务人员常常因为承受过重的角色压力而变得脆弱、易怒和紧张不安，所以角色压力过重而形成的不满情绪常常是医务人员关系紧张来源。

3. 角色理解欠缺 健康服务群体中不同专业的医学教育一般都在独立的、与其他专业分离的情况下进行，不同专业互不了解，这也会影响医务人员之间的合作关系。特别是在专业发展和变革迅速的情况下，更会造成专业间的理解欠缺。例如目前我国的护理模式正处于从功能制护理向整体护理转变的过程中，医

生与其他医务人员对此并不清楚，提出一些疑问甚至非议，这便会使护理人员与医生之间的关系产生一些新的问题。

4. 角色权利争议 医务人员虽按照分工，在自己职责范围内应该是有自主权的，但是在某些情况下，医务人员常常会觉得自主权受到侵犯，因而产生矛盾冲突。比如当护理人员和医生对于医嘱有不同看法时，便可能产生自主权争议。医生认为立医嘱是医生的事，医生会对此负责，不需护理人员干预；护理人员则认为自己有权对不妥当的医嘱提出意见，医生不该拒绝。另外，当医生和护理人员对同一患者病情观察不一致时，或者当有经验的护理人员对缺乏经验的年轻医生的处理有异议时，都可能产生自主权争议。

（三）改善医护关系的途径

1. 介绍宣传 护理人员应主动介绍和宣传护理的专业特征，以得到其他医务人员的了解和协助。例如，整体护理在许多医院刚刚起步，这就需要宣传介绍，除了医院有组织的宣传之外，护理人员在日常工作交往中，也应随时与其他医务人员进行沟通，具体解释其特征和必要性，以免因其他医务人员不理解整体护理而发生冲突。

2. 互尊互学 医护之间在沟通交往中，要相互尊重，以诚相待。护理人员在工作中既要遵从医嘱完成治疗和护理工作，又不要盲目依赖医生，应该共同为病人服务，共同对病人负责。现代医学的飞速发展，对医疗护理工作提出了更高的要求，由于受专业的限制，医疗护理知识的范围、重点、深度是不同的。作为医生，应了解护理的进展情况，作为护理人员，不仅要掌握本专业的理论知识和技能，还要虚心向医生求教，从更深的理论角度把握疾病的诊疗过程，求得医疗护理互相渗透，互相启迪，推动医学科学的不断发展。

3. 理解合作 护理人员与其他医务工作者是良好的合作伙伴，因此彼此要理解对方的专业特点，主动配合他人的工作。如对医生的用药处置等应有一定的了解，以便对患者进行卫生宣教，或者解答患者提出的问题；在帮助患者进行有关化验检查时，应理解这些检查的有关制度及其必要性，以便配合并向患者解释。在发生争议时，要冷静对待，分析原因，妥善处理，要善于进行自我心理调适，避免盲目冲动。切忌在患者面前与其他医务人员发生争论，更不应在患者面前议论医生或其他医务人员的是非长短，这些对于医护关系都是十分有害的。

三、护际关系 是指各类护理人员之间的人际交往关系。各类护理人员在临床护理实践中，由于职责分工的不同，在具体的工作中，可能会产生一些矛盾。为了避免出现互不协调的现象，不影响护理工作，就需要研究护理人员之间的人际关系。

（一）护理人员之间的交往心理 各类护理人员由于职责分工、知识水平、工作经验等不同，在人际交往中，往往产生不同的心理。

1. 护士与实习护士的交往心理 护士与实习护士之间既是师徒关系，又是同志关系。带教护士希望实习护士工作主动、多问、多学、多做，尽快掌握护理操作技术，实习护士则希望带教护士医德高尚，业务熟练，待人热情，带教耐心。

护士与实习护士间的人际交往一般较好。但有时也会有一些矛盾。带教护士往往喜欢勤快、聪明的学生，而对一些接受能力较差，眼里又没有活的实习护士往往表现得不耐心，批评指责较多，甚至操作也不放手，不仅使她们失去学习兴趣和信心，而且产生师生之间的矛盾和冲突。有的实习护士傲慢，不虚心，似懂非懂，不尊重带教老师，造成一些差错事故，给带教老师增加心理压力，出现不愿意带学生的心理状况。

2. 护士与护理员的交往心理 就目前医院情况来看，护理员或(护工)大多数是一些未经过正规培训的人员，有的是待业青年，有的是下岗女工，有的是家属临时工。她们不仅缺乏护理知识，而且对护理工作的重要性认识不足，体验不深，在与护士的交往中，往往处于被动地位。根据角色期望心理，她们希望护士能教她们一些基本的医学知识，希望尊重她们的劳动，提高她们在病人面前的威望，不愿意让人随意驱使。护士则希望护理员能掌握一些临床护理基础知识，在搞好病区卫生、供应好饮食工作之外，能协助护士做一些护理工作，减轻护士的工作负担。多数护士和护理员之间都能做到互相关照，密切配合，但也有少数护士与护理员出现分工不协作的现象，有时出现互相挑剔、互相指责的情况。

3. 新老护理人员之间的交往心理 中老年护理人员大多热爱护理工作，专业思想稳定，一心扑在工作上，希望青年护理人员尽快掌握护理技术和知识，对她们要求严格，看不惯少数年青护理人员害怕吃苦，工作马虎、没有敬业精神。青年护理人员则嫌中老年护理人员观念落后，说话罗嗦，爱管闲事，于是便产生人际交往矛盾。

青年护理人员之间的人际矛盾较多地表现在工作上的互不协作或互不服气、互相嫉妒。青年护理人员都是同龄人，有的还是同学，有的工作能力强者，瞧不起工作能力较差的，而工作能力较差的，又嫉妒工作能力较强的，加上年青人一般个性较强，往往为一些小事发生争执，影响彼此间的人际关系。

4. 护士与护士长的交往心理 护士长与护士交往，希望护理人能很好地贯彻自己的工作意图，妥善安排好自己的家庭、生活和学习，顺利完成各项护理工作任务。护士则希望护士长能在业务上过硬，关心

下属，一视同仁，多给下属以指导和帮助。

在工作中，有时会出现护士长与护士之间的矛盾，如有的护士不体谅护士长工作的难处，服从意识差，强调个人困难多，考虑科室工作少；少数护士长对老年护士不够尊重，对长期请病假的护士冷淡反感，对工作能力强的护士偏爱亲近，对工作能力差的护士一味指责，或只顾抓工作，不关心护士需求等，这些均可造成护士与护士长之间的人际关系紧张。

（二）改善护际关系的途径

1. 对一些危重病人高难而复杂的护理，护士之间应互相协调，密切配合 危重病人的护理，涉及到神志和生命体征的观察、体位的安置、大小便的排泄、褥疮防治、饮食安排、液体出入量的管理、手术前准备等一系列护理工作，绝不是一个人所能完成的，需要若干护士之间的协作(通常由一个护理小组完成)。更重要的是护士之间还要有主动协同精神，例如抢救危重病人时，有些护理分工事先未曾预料，在抢救中出现了漏洞或空白，只要发现，不管是份内份外的事，每个护士都应主动去做；另外，有些护理事项虽非自己分工所为，但其他同志出现了困难也应主动帮助，而不能认为已分工给别人负责，与己无关，听任给病人造成损失；协同工作中有时也可能分工不尽恰当，己之所长未能发挥，或应承担主要任务而未能承担主要任务时，都不应计较。总之，协同关系能否处理好，关键是护士是否都把注意力放在病人健康利益这一基点上。

2. 正确认真执行交接班制度 护理交接班制度是护理工作最基本、最重要的制度，也是维持护理工作正常运转和处理好护士之间关系的重要环节。因此，护士必须科学严肃地对待交接班，一丝不苟，在值班中已完成或未完成的护理工作，病情的新变化等都必须毫无遗漏地交待清楚，绝不能因为重复琐碎、周而复始就简单草率；不能因为护士之间关系的亲疏而影响交接班工作。

3. 正确对待和处理护理工作中的差错 与任何其他工作一样，护理工作中出现一些差错是难免的，如应停服的药未停服、药物剂量和用法发生了错误，热水袋烫伤病人等等，问题的关键在于如何对待这些差错。护士之间团结友爱精神，体现在对待困难和差错问题上最显著，每个人都应该严于律己，首先自己承担责任，把方便留给别人，为其他同志的工作创造条件。切忌在病人面前谈论其他护士工作中的差错。有的同志自觉或不自觉地在病人面前谈论某某护士工作中的缺点，自觉或不自觉地抬高自己，贬低别人；有的随意议论别人个人生活中的私事，把医生、护士中不应该向病人介绍的情况暴露给病人，这是对团结十分不利的。一个有修养、识大局、顾整体的护士，绝不会在病人面前议论医生与护士的长短，绝不可能在病人面前吹嘘自己，诽谤同事，这是处理同行之间关系的大忌，对团结十分不利。

4. 正确协调不同级别、不同年龄护士之间的关系 护士队伍是由不同级别、不同年龄阶段的护士组成的一种职业群体。正确处理不同级别、不同年龄的护士之间的关系，是发挥护理整体功能和团结协作的一个基本条件。首先，要在各自职权范围内开展工作。各种不同级别的划分本身就意味着护士队伍是一个有层次结构的整体。不同级别的护士在自己职权范围内工作，就可使护理工作形成一个协同动作的整体。相反，如果护师执行主任护师的职责，而主任护师去做护士的工作，就会给这个队伍造成混乱，各就其位、各司其职，互相联结，护理工作就能井然有序地进行；其次，应该在护士之间提倡互相爱护、互相尊重、互相学习的风尚，级别高、年龄大的护士，应该爱护、支持、帮助级别低、年龄小的护士，学习她们的长处；级别低、年龄小的护士，应该尊重年龄大、级别高的护士，接受她们的指导与分配的工作，虚心向她们学习，体谅她们在体力等方面的某些困难。

5. 充分发挥护士长在协调相互关系中的枢纽作用 护士长不仅是病房护理和管理工作的组织者与指挥者，而且是护士相互间关系的协调者，是护理人员群体人际关系的核心。为此，护士长必须了解自己的下属，了解每一位护士的长处和不足，以及她们的个人情况。护士长应该头脑清楚，有秩序地组织各项工作，处事公平，办事公道，充分发挥每个护理人员的积极性。

【实例分析】

王某是心外科病房的护士长，近来，她的工作陷入了危机。王某性格固执、脾气暴躁。自担任护士长以来，在工作上独断专行，护士对她必须绝对服从，这使病房里的护士感到非常压抑。此外，她与本科里的医生关系也很紧张，特别是当她在病人面前批评李医生开的医嘱不当时，进一步激化了这种紧张关系。现在，同事们都孤立她，对她的工作和心理造成了很大影响。

问题：

1. 请根据所学知识，分析造成王某人际关系紧张的原因
2. 假如你是这为护士长，你如何改进自己的人际关系？

【参考文献】

- 2 史瑞芬.护理人际学.北京：人民军医出版社，2002
- 3 赵炳华.现代护理管理.北京：北京医科大学中国协和医科大学联合出版社，1995
- 4 方益寿.组织管理心理学.济南：山东大学出版社，1996

(曹枫林)

第六章 护理领导

Nursing leadership

【教学目标】

识记

1. 说出领导的概念和特征。
2. 列出领导者的素质与才能。
3. 列出冲突的概念和分类。

理解

1. 解释下列术语：影响力、权力性影响力、非权力性影响力、激励、沟通。
2. 概述权力性影响力与非权力性影响力的构成因素。
3. 举例说明授权的意义、原则、方法及影响因素。
4. 描述沟通的基本过程和方式。
5. 举例说明冲突的过程。

应用

1. 应用领导理论，分析具体实例，找出适合的护理领导方式。
2. 结合实例，分析授权过程中常出现的问题。
3. 结合实例，应用沟通的基本原理分析造成沟通障碍的因素，并找到有效沟通的方法。
4. 应用冲突处理方法制定解决冲突的方案。

领导工作是管理的职能之一，领导职能在管理活动的有效性方面起重要作用，因此，近年来对它的研究逐渐形成了一门新的科学——领导科学。研究护理管理领导职能的目的在于选拔和培养有效的护理领导者，促进护理管理水平的提高。

第一节 概述

领导的功效是在管理过程中为计划、组织、人员配备及控制等职能的实施提供保证，对组织中的全体人员给以指导、沟通，充分发挥组织及人员的潜力，以利于组织目标的实现。

一、领导的概念

(一) 概念 领导 (leadership) 是指在一定的组织或团体内，指挥和引导一个集体或个人实现某个特定目标的行动过程。根据这一定义可把领导概括为三层含义：①领导活动必须有领导者与被领导者的参与；②领导是一个动态的过程，此过程由领导者、被领导者和所处环境之间相互作用构成；③领导的目的是指挥和引导群体或个体完成某个特定目标。

领导是管理职能的组成部分，是从管理中分化出来的高层次管理活动，它不同于一般的管理。管理主

要是处理常规问题，优秀的管理者通过制定正式计划，设计规范的组织结构以及监督计划实施的结果而使组织达到有序而一致的状态。相反，领导主要处理变化的问题，领导者通过预见未来前景而确定前进的方向，然后与组织内其他人员进行交流，并激励他们克服障碍达到这一目标。领导所起的作用是诱导、引导人们，使人追随。在组织达到最佳效果中，领导和管理同等重要，两者缺一不可。但大多数组织过于强调管理而忽略了领导的重要性，因此我们应更注重开发组织中领导的作用。

（二）领导者与管理者的区别 领导者与管理者在产生的方式、职权以及影响力等方面均有所不同。

1. 管理者 管理者（manager）是由上级指派而产生的，有正式职位及特定的职权，此职权即所谓职位上的合法权力，如护理部主任可行使计划、组织、控制等工作职权。

2. 领导者 领导者（leader）的职位是经上级任命或是由群体内部自然产生的，领导者运用其影响力、领导才能与艺术，指导、影响群众完成组织目标，并不需要以正式职位为基础。

身为管理者而不是领导者的情况是可能存在的。因为仅由组织提供给管理者某些正式权力并不能保证他们实施有效的领导，即职务本身并不能够使一个人成为领导者。护理事业需要领导才能和管理才能恰当的结合，将管理者与领导者两个角色有效融合的高效管理人才。

二、领导者的影响力

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和行为的能力。领导者的影响力，是指领导者影响与改变被领导者的心理和行为的能力。领导者的影响力被下属所感知而产生的心理评价就是人们通常所说的“威信”。领导者影响力大，在下属心目中威信高，能够达到“一呼百应”的效果；反之，领导者在下属心目中威信低，就会出现“令不行，禁不止”的情况。

（一）影响力的类型 领导者的影响力按其性质可分为权力性影响力和非权力性影响力。

1. 权力性影响力 权力性影响力是由社会赋予个人的职务、地位、权力等所产生的影响力。其特点是对别人的影响带有强制性，不可抗拒性，以外推力的形式发生作用。构成权力性影响力的主要因素有：

（1）传统因素 传统因素指人们对领导者的一种传统观念。自古以来，人们形成了一种观念，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。这是传统观念附加给领导者的力量，只要是领导者就能自然的获得这种力量。如护士们会认为既然医院任命某人为护士长，想必她有能力，是称职的，我们应该服从她。

（2）职位因素 职位因素指个人在组织中的职务与地位。具有领导职务的人，社会赋予他一定的权力，这种权力对被领导者产生一种控制力量，使其产生敬畏感。领导者职务越高，权力越大，则人们对其敬畏感也越甚，影响力也越强。这种影响力以法定职位为基础，与领导者本人的素质没有直接关系。实际生活中，职位因素的影响是很深刻的，是行使权力的有利条件。

（3）资历因素 资历指领导者的资格和经历。资历反映一个人过去的情况，人们对资历较深的领导者会产生敬重感，资历愈深，影响力愈大。资历主要与过去所任的职务有关，产生的影响力主要是属于强制性影响力范围。例如某位新来的护理部主任曾从事过多年的护理管理工作且拥有管理的硕士学位，将有利于确立其在护士心目中的敬重感。

2. 非权力性影响力 非权力性影响力是指由于个人的自身品德、才能、学识、专长等因素而对他人形成的影响力。其特点是自然性，在这种影响力的作用下，人们的心理和行为表现为自觉自愿、积极主动。构成非权力性影响力的主要因素有：

（1）品格因素 品格因素指领导者的品行、人格、作风等。领导者品质高尚、完美会使下属产生敬爱感，并诱使人们模仿与认同。无论多高职位的领导者，如果品格不好，就会威信扫地，失去影响力。

（2）才能因素 才能因素指领导者的领导才干与能力。有才能的领导者会给事业带来成功，使人们产生敬佩感。能力愈强，使人产生的敬佩感愈强。它是通过领导实践来体现的。

（3）知识因素 知识因素指领导者的丰富知识与博学多才。知识本身就是科学赋予的一种力量，是宝贵财富。领导者广博的学识，会使人产生信赖感，从而增强其影响力。

（4）感情因素 感情因素指领导者对人有深厚真挚的感情。如果领导者对下属平易近人，处处关心帮助，会使下属产生亲切感，使下属与其心心相印，并甘愿为之奋斗。

（二）权力性影响力与非权力性影响力的区别 权力性影响力属于强制性影响力，对下属的影响带有强迫性，使其心理与行为表现为被动服从，对下属的激励作用是有限的；权力性影响力随权力地位而产生，也随着地位改变而发生改变；权力性影响是外界赋予的，因而不稳定；权力性影响力常依靠奖惩等附加条件而起作用。

非权力性影响力属于自然性影响力；不随着职权地位改变而改变，其影响力比较稳定和持久；通过潜移默化的起作用，使下属从心理上信服、尊敬，并自觉改变其行为。

（三）权力性影响力和非权力性影响力的合理应用

1. 权力性影响力 权力性影响力是推行领导者意图、完成工作任务的有利条件，应充分合理使用。但使用时应注意：①持审慎态度，特别是在惩罚时更应注意惩罚合理、正当；②领导者掌握权力应具有无

私精神，不能炫耀权力，滥用权力，甚至以权谋私，追求个人特权，否则会使下属产生对抗力；③要善于授权；④要对下级多给予指导。

2. 非权力性影响力 非权力性影响力产生的效果，能激发下属工作热情和提高其自觉性，在领导者的影响力中占有主导地位。要提高领导者的威信与作用，关键在于提高非权力性影响力。在以上非权力性影响力的四个因素中，应以品格、才能因素为主。领导者品格因素欠缺，其他因素会受到严重影响，才能极差作为领导者亦不称职。

三、领导者的素质与才能

领导者的素质是指领导者具有的内在因素、基质和基本条件，是工作方法与艺术的基础。领导者素质包括政治素质、思想道德素质、理论思维素质、文化素质、业务素质、心理素质、生理素质等多种因素。这些因素的相互作用、相互融合，体现和决定着领导者的才能、领导水平、领导艺术、工作绩效。任何领导者的素质都不是自然而然获得的，需要在实践中不断积累，不断提高。

(一)领导者素质的构成

1. 政治素质 是指领导者对其从事的事业所抱的态度和所持有的立场，是领导者素质中最基本、最重要的因素。领导者的政治素质具体表现在以下几方面：①领导者要有较强的事业心和责任感，有献身精神，要做到公正廉洁、忠诚积极、不谋私利和小团体的利益，全心全意为人民服务；②领导者要能够以身作则，树立“领导就是服务”的思想观念，以实际行动来影响和团结群众，自觉地接受群众监督；③领导者要不断提高自己的政治思想修养和道德品质水平。

2. 业务知识素质 是指领导者对本职工作熟悉的程度，是否精深和有相当的造诣。领导者的业务素质水平，不但直接影响和决定着领导素质，而且也直接影响着领导工作与领导艺术。如果对本职工作不熟悉，参加领导活动就可能办错事、说错话，将严重影响领导绩效。

护理领导者不仅要具备医学、护理学的知识，还要具备现代管理科学知识、与管理有关的社会科学和人文科学知识，对护理工作中的问题能够进行分析、解决，以适应日趋复杂的综合性的护理领导工作。

3. 心理素质 是指领导者要有健康的、优良的心理状态。当领导者面对繁重工作任务或处于关键时刻时，其心理状态、情感、意志、情绪等是否优良是相当重要的。具有健康的心理，就能意志坚强、情绪稳定、工作自如。否则，会在任务艰巨、头绪繁多时，产生畏惧、烦恼、急躁、焦虑等情绪，紧急情况下惊慌失措，遇到困难时丧失信心。

一个优秀的领导者，在工作中应该具有健康的心理。感情丰富但不脱离理智的控制；有坚定的原则性但不拘泥固执；意志顽强、坚韧不拔但不坚持错误及拒绝吸取教训；既有主见又善于团结同志听取他人意见；不感情脆弱，不多愁善感，不心胸狭窄，有宽容精神，有自知之明等。

领导者在领导活动中既要肯定、培养、增强优良的心理素质，还要注意防止、排除、克服不良的心理因素，只有扬长避短，才能卓有成效，达到预期目的。领导者需要注意防止和克服的不健康心理有以下几种：

(1) 挫折心理 挫折是指领导者在从事有目的的活动过程中，遇到障碍或干扰，致使个人动机不能实现及个人需要不能满足时的情绪状态。领导者心理在遭受挫折时，容易导致倒退、妥协、以及攻击行为，这种挫折心理极不利于领导者继续前进。作为领导者应战胜挫折，面对现实，认真、冷静、客观地分析主客观因素，自动地进行心理调节和控制。

(2) 从众心理 是指领导者对群众压力服从的心理特点，如屈服于部分公众的舆论和不正确意见，对偏离行为的恐惧心理及害怕犯错误的心理。

(3) 心理偏见 是指领导者对人和事持非客观评价态度时，不能公正地判断事物的全貌，从而有碍事业的进步和发展。偏见的产生往往与不正确的或有限的信息来源有关，有的含有先入为主的判断，有的对自己偏爱的下属认为一好百好，不喜欢的下属则全盘否定。偏见容易使领导者自以为是，难于团结人。为了克服偏见，领导者应多深入群众，倾听各种意见，养成良好的工作作风。

(4) 嫉妒心理 是阻碍领导者开展工作和发挥创造性的思想情绪。领导者担心下属优于自己，将其优越之处视为对自己的威胁，甚至不惜借助贬低手段来摆脱困扰。在选才用才上，实行“矮子”政策（用能力不及自己的人），在工作上自己作不出成绩，也不让别人做出成绩，结果打击和埋没了人才。这种嫉妒心理对于领导者开展工作是极为有害的，必须通过提高道德修养来矫正。

4. 生理素质 即领导者的身体健康状况，能否以旺盛的精力和饱满的情绪处理繁重的工作。如果身体状况不佳，长期担任繁重的工作就会有力不从心之感。在第一线工作的护理领导者，工作非常繁忙，必须有健康的身体才能适应。

(二) 领导者的才能 一般来说领导活动分为三个过程：即认识过程、决策与组织过程、激励过程，三者相互联系、相互作用、彼此制约，共同构成完整的领导活动系统。领导者在领导活动三个过程中的才能体现如下：

1. 认识过程的才能 包括①观察能力：是一种有目的、有计划、有组织的知觉。敏锐的观察能力包

括：观察的全面性、客观性、对环境的敏感性；②注意能力：即具有注意的稳定性、广阔性，这是收集信息，了解情况的基本要求；③记忆能力：即具有记忆的敏捷性、准确性、持久性；④思维能力：即具有思维的广阔性，能够全面把握问题；思维的精确性，论据准确、论证充分；思维的敏捷性，能当机立断，及时解决问题；思维的灵活性，善于随机应变，相机而动；思维的逻辑性，思路敏捷有序，问题明确清晰，论证有条有理；思维的深刻性，透过现象看本质，预见事物发展前景；思维的创造性，不满足上传下达而刻意求新，能够超越常规进行思考。思维能力在领导活动中具有重要作用，它是领导者分析问题、解决问题、进行科学决策的重要前提条件，是领导者创造性地工作、不断开拓前进的首要因素。

2. 决策与组织过程的才能 包括①决策能力：即根据所处条件和面临任务，自觉而果断地制定目标和行动方案的能力；②指挥协调能力：指挥是领导者依靠权威指使下属从事某种活动的能力；协调是在领导过程中加强各方面配合，使群体达到协调一致的能力；③人才开发与管理能力：即善于发现、培养、使用人才，激发组织成员的积极性和创造性；④宣传鼓动力：较强的宣传、教育、鼓动力能统一思想、鼓舞士气，引发下属的热情和献身精神；⑤创新能力：是运用已有的知识经验，提出新的设想，它是由创造性思维与创造性想象构成的，良好的智力品质是创造能力的基础。

3. 激励过程的才能 激励属于领导活动的驱动系统，其目的在于充分调动人的积极性，因而是领导的主要功能之一。领导激励过程包括的才能有①了解需要：领导者认真把握被领导者的需要，采取必要措施满足需要，激发被领导者的积极性；②目标协调：领导者在实施组织目标的过程中，设立分目标并明确个人目标，激发其责任感，发挥个人潜力；③强化激励：即在行为发生后，用物质或精神的奖励作为环境刺激因素，来达到增强、减弱或消失某种行为的激励方法。

第二节 授权

近些年，领导的一个发展趋势就是推行授权。通过授权，不仅可减轻领导者的压力，而且有利于发挥下属的才干和专长，提高领导的功效。

一、授权的概念

授权（delegation）是指领导者授予下属一定的权力与责任，使其在领导的监督下，有适当的自主权、行动权，完成任务的责任。

授权与代理职务不同，代理职务是受命代替领导者执行任务，相当于授职责；授权与助理或秘书不同，助理或秘书是协助领导者办事，领导者仍负全责；授权与分工不同，分工是在同一机构内，各成员按其分工各负其责，彼此间无隶属关系；授权与参与决策不同，在参与决策中，实行权力共享，而授权则是由下属自己做出决策。

二、授权的意义

授权的目的是促使组织发挥其最佳功能。

1. 领导者可以摆脱日常忙碌的事务，集中精力研究、解决组织中的重要问题。
2. 调动下属的积极性，发挥其创造力，增强责任心、成就感。
3. 发挥下属的专长，培养其工作能力，锻炼人才。
4. 对部分复杂的要求、指示、命令可以简化，缩短沟通路线，提高工作效率。

三、影响授权的因素

影响授权的因素包括：

1. 组织规模 组织规模越大，需要进行决策的数量也就越多。而领导者的时间、精力等都是有限的，因此组织规模越大越需要授权。

2. 责任或决策的重要性 一项责任或决策越重要（以其利害得失和对组织未来的影响来衡量），则越不太可能授权给下属。

3. 任务的复杂性 任务越复杂，领导者越难于获得充分和最新的技术信息做出有效的决策。因此应将与此工作有关的决策授权给掌握必要技术知识的人来做。

4. 组织文化 如果领导者信任下属，则支持较高级别的授权。如果领导者不相信下属的能力，则授权将不太可能发生。

5. 下属的才干 授权要求下属具备一定的技术、能力和动机水平以接受权力并执行之。如果下属缺乏这些条件，领导者便不愿意将权力下放。

四、授权原则

应以被授权者的能力和知识为依据，因事选人，视能授权。

1. 必须建立单一的隶属关系 上级将职权授予下属，不可越级授权，不属于个人权力范围的工作不予授权，以利控制职权的正确使用。

2. 必须权责相当 被授权者所承担的责任不能超出或小于所拥有的权力，明确所授任务、目标及权责范围，使权责对等。

3. 必须量力授权 授权要适当，授权过小失去授权意义，无限授权则超出被授权者能力，应因事择人，视能授权，以才能、知识水平为依据。

4. 必须相互信任 授权者与下属应相互信任、合作、友好、信赖；应将决策权放手交予下属，对其行动不干预、不牵制，并给以支持和指导。

五、授权的方法与步骤

授权是一种管理艺术，当领导者每日忙于事务，无暇研究解决组织中的重要任务时，当下属事无巨细地请示或工作松懈时，当下属才能萌发时，当出现紧急任务需要组织人力时，领导者均应考虑立即授权：

1. 首先明确将要授权的工作项目、职责、权力、完成任务时限及可利用资源；
2. 向被授权者明确解释目的与要求、预期效果及可能发生的问题；
3. 被授权者定期向领导者汇报进展，以掌握执行进度，利于对委派任务的检查、控制、指导。
4. 了解被授权者对接受责任的感受与要求，听取反馈信息；
5. 给予适当评价，成绩突出者给以表扬或奖励、晋升职位或扩大授权。

六、授权过程常出现的问题

1. 授权不足 领导者因为担心授权要担风险、花费时间解释、指导以及担心丧失地位与权力而不愿授权。

2. 授权过度 领导者授权时对下属控制、监督不够或授权时机不恰当而造成权责授光、放弃权力。

3. 授权不当 包括错误时间；错误人选；错误理由；有责无权。

总之，领导者授权时应严格遵守授权原则，授权后领导者仍应承担责任，当下属不能履行职责时，应将权力收回；领导者是否能进行正确果断的授权是衡量领导者领导艺术水平的重要标志之一。

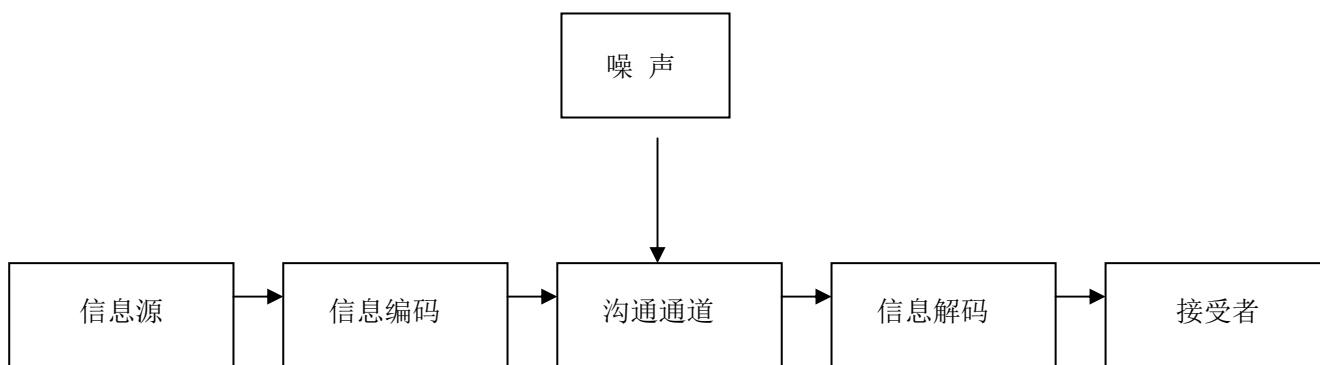
第三节 沟通

领导者决策时需要信息，信息只能通过沟通得到；一旦做出决策，又需通过沟通贯彻，因此，领导者需要掌握有效的沟通技巧。

一、沟通的概念、过程及功能

（一）沟通概念 沟通（communication）是指人与人之间的信息传递与交流。理想的沟通，应是经过传递之后，被接受者感知到的信息与发送者发出的信息完全一致。在护理管理中，每日有大量的沟通活动，如交班会、护理查房、护理人员会议、护士长与护士个别谈话、交班报告等。据专家统计，一位病房护士长平均每日至少有 1/3 的时间用于沟通。

（二）沟通过程 维持组织内正常有效的沟通，必须了解沟通的基本过程。首先，沟通要有信息，就是说，信息的发出者（信息源）要产生沟通的意图；然后，要对这种意图进行编码，以产生出具体的信息，便于信息的传递和接受。编码过程受信息发出者的态度、知识、社会文化背景和沟通技巧的影响。有了沟通的意图，并进行了编码，下一步就是寻找沟通通道。通道是传送信息的媒介物，如口头交流的通道是空气，书面交流的通道是纸张。信息通过媒介物传递到接受者。接受者首先要对信息进行解码，将信息变为可以理解的内容。与编码过程一样，信息的解码过程也受到接受者个人知识、态度以及社会文化背景等方面的影响。最后，接受者常常对信息发出者做出反馈，使其了解沟通是否准确，这样沟通过程才算完成。归纳起来，沟通要素包括：信息源、信息编码、沟通通道、信息解码、接受者、反馈，由这六个要素构成完整的沟通过程，见图 6-8。



（三）沟通功能

信息沟通功能可分两类：①作为工具：目的是传达情报，同时传达者将其知识、经验、意见等告知接受者，企图影响接受者的知觉、思想及态度体系，进而改变其行为。例如护士长将护理部关于护理质量的标准及本病房护理质量总结传达给全体护士，并讲明护理质量的重要性，目的是使护理人员提高对护理质量的认识，促进护理人员从行动上加强对患者的护理；②满足需求：目的在于表达情绪状态，解除内心紧张，征得对方的同情、共鸣，确定与对方的人际关系等。例如护士对工作有意见、牢骚或委屈情绪向护士长倾诉，其目的是为了表达情绪状态，解除内心紧张，并征得护士长的理解与同情。

二、沟通的形式

信息沟通可以按媒介、方向和渠道等不同标准进行分类。

（一）按沟通的媒介分类 以媒介划分，信息沟通可以分为书面沟通、口头沟通和非语言沟通三类。

1. 书面沟通 书面沟通是用图、文、字的表现形式来沟通。常用的有文字书写的规章、制度、标准、计划、报告、岗位职责、病历、记录等。此形式的优点是具有清晰性和准确性，不容易在传递过程中被歪曲，可以永久保留，接收者可根据自己的时间和速度详细阅读、理解，但不能及时得到信息接受者的反馈。

2. 口头沟通 包括正式、非正式的面谈，正式、非正式的会议，以及电话沟通等。口头沟通的优点，是信息发出者能立即得到反馈，了解所发出的信息是否被正确理解，这是一种双向沟通。缺点是缺乏书面沟通的准确性与清晰性。

3. 非语言沟通 非语言沟通即不是通过语言传递进行的沟通。如通过手势、动作、姿势、表情、音调、音量、触摸、颜色、时间、信号、实物、视听设备等沟通信息。研究表明，人们的沟通至少有三分之二是非语言沟通，非语言沟通往往反映人的真实思想感情。

（二）按沟通的方向分类 可以分为垂直沟通、平行沟通和斜向沟通三类。

1. 垂直沟通 垂直沟通可以分为上行和下行两个方向。下行沟通是组织中的上层按指挥系统自上而下的沟通，如护理部向下发指示。这是保证组织工作正常进行的重要沟通形式，通常用于控制、指导、激励和评价等目的。上行沟通是指下属的意见、信息向上级反映，如病房每日向护理部上报“工作日报表”。应鼓励上行沟通，以利管理者全面了解情况。

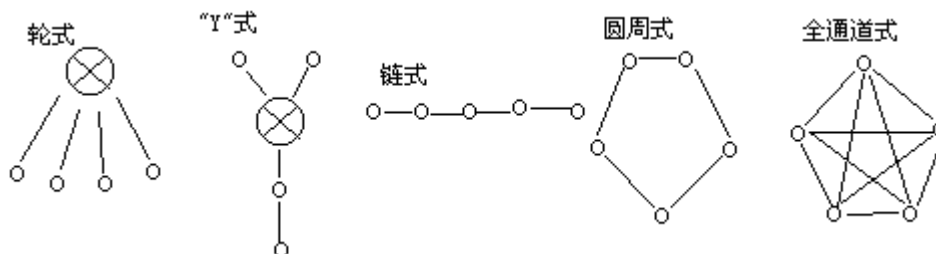
2. 平行沟通 也可分为两类。一类是群体内部同事之间进行沟通，如主班护士与治疗班、护理班护士沟通；另一类是与其他群体(或部门)同等职位的人员进行沟通，如病房护士长之间的沟通。平行沟通主要用于信息交流、协商解决某些问题和社会心理需求等目的。

3. 斜向沟通 斜向指不属于同一组织层次的单位和人员的沟通。如病房护士长与护校教师之间的沟通，或向总务部门联系购物、维修等。斜向沟通的目的类似于平行沟通。

（三）按沟通的渠道分类 依据渠道不同，沟通可分为正式沟通与非正式沟通。

1. 正式沟通 正式沟通是指通过组织正式的渠道进行信息的传递和交流，如传达会、汇报会等。使上级的指示通过组织系统逐级向下传达，或下级的情况逐级向上级汇报。

通过实验，行为学家发现在正式的沟通渠道中存在五种典型的沟通网络，即轮式、“Y”式、链式、圆周式和全通道式，这些网络对群体活动效率有不同的影响，见图 6-9。



轮式又称星式。X 是群体的领导。轮式中，成员间缺少沟通，导致成员满意度降低。不适于完成复杂的任务；“Y”式与轮式很相似，沟通快，但成员满意度较低；链式使组织内成员与某些人沟通，谁是领导不明确，成员的满意度比轮式强些，但不及其他网络，群体工作质量在完成较复杂或较简单任务时，都属中等，主要缺点是协同能力差，不像一个集体，领导权威弱；圆周式与链式相似，只是首尾相联，优缺点也与链式相似；在全通道式中，全体人员可以与其他人员沟通；其结果是领导的明确性较低，似乎每一成员都有决策权。群体成员满意度高，完成复杂任务时绩效也高，但任务简单时，使用时间较长，绩效中等。

显然，图中的每种沟通网络均有优缺点，护理管理者应均衡利弊，可以选择和变化使用各种沟通网络。例如当轮式沟通失效时(管理者发出指令依次传递，再返回管理者)，管理者就应放手让所有成员参与讨论，以全通道式网络取代之。

2. 非正式沟通 非正式沟通是在正式沟通渠道之外进行的信息传递或交流。如会下交换意见，议论某人某事等。往往人的真实思想和动机在非正式沟通中表露出来，信息传递快，对正式沟通起补充的作用，所以现代管理中应重视非正式沟通渠道。

有专家曾对非正式消息的传播进行研究，发现有四种传播方式，见图 6-10。

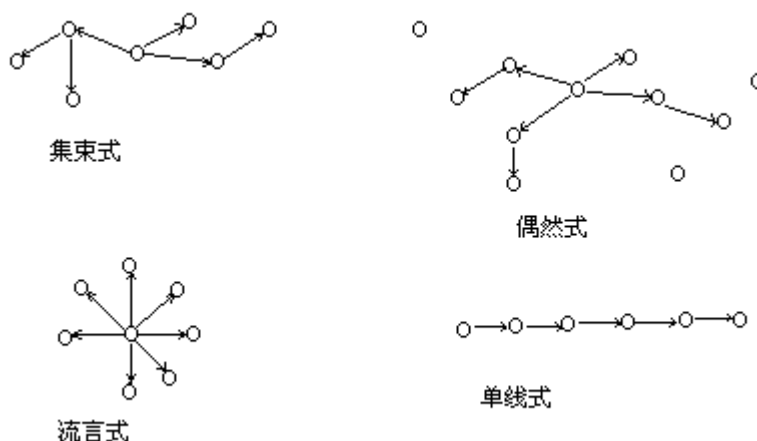


图 6-10 非正式沟通

在任一群体中，经常有少数成员成为非正式消息的传播者。对非正式沟通形式经常产生不同的观点，有人认为传播非正式消息是散布流言蜚语，应严加禁止。有人认为通过非正式渠道传播消息也能起积极作用，应加以利用。非正式渠道的形式活跃，可能预示正式渠道不够畅通，或群体所关心的热点问题没有从正式渠道获得。非正式渠道是客观存在的，管理人员应加以重视并予以应用，为群体或组织目标服务。

三、组织沟通常用的方法

一个群体或组织对内对外的沟通常用以下方法：

(一)发布指令 隐含有自上而下的直线指挥人员间的关系。指令的内容应该和实现组织目标密切关联。指令一般带有强制性，在发布前应广泛听取各方面意见，避免指令不恰当。指令可有一般的或具体的；书面或口头的；正式和非正式的等类型。

(二)组织会议 开会可提供交流的场所和机会。会议是整个组织活动的一个重要反映，也是与会者在组织中的身份、影响和地位所起作用的表现；会议能对人的心理产生影响；会议可集思广益，使成员彼此合作；会议还可对每位成员产生一种约束力；会议还能发现人们所未注意到的问题，而认真的考虑和研究。会议形式很多，有重要作用但不能滥用，应该防止“文山会海”。

(三)交谈 就是领导者用正式或非正式的形式，在组织内同下属或同级交谈。交谈不受任何约束，双

方都感到信任感和亲切感，对统一思想，认清目标，体会各自的责任和义务都很有利，能表露真实思想，了解思想动态。个别交谈有很大的艺术性。

(四)其他形式 例如汇报、报表、口头或书面调查访问等形式，了解下级工作情况及所发出指示的反映。反馈系统畅通是组织有效控制的保证。能全面、准确地倾听到反馈信息，也是沟通中要研究的重要课题。

四、沟通障碍

研究沟通的障碍是为了更好地克服它，使沟通得以有效地进行。障碍可以从沟通过程的三个方面考虑。

(一)信息发出者的问题 作为沟通过程的起始，信息发出者对接受者接收和理解信息的情况负有责任。常常由于以下原因使沟通的有效性发生障碍：

1. 信息编码不准确 信息发出者措辞不当。例如使用晦涩难懂或信息接受者不熟悉的语言，或信息含义不明确的文字等。

2. 信息传送不全 信息发出者有时为了缩短时间，使信息变得模糊不清。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趣的信息，而不能全面传达并使大家理解上级的真正意图。

3. 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。以上均为忽视了选择合适的沟通时间。

(二)信息接受者的问题 对于信息接受者，沟通障碍的主要原因有以下几方面。

1. 忽视信息 处在众多的信息和刺激之中，人们有时会忽视其中某些信息。如在执行上级的指示时，下级有时会重视某些指示内容，而也可能忽视了某些部分。

2. 信息译码不准确 思想差异、心理障碍或对信息发出者的编码、语言不熟悉等均可导致误解信息，甚至理解得截然相反。

3. 拒绝接受信息 有时接收者由于某种原因，对信息拒绝接受。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。

(三)沟通通道的问题

1. 信息发出者选择的沟通媒介不合适 例如有些重要的事情用口头传达，效果不佳，接受者可能不重视。如对重要病情不做详细记录，只简单口头描述，而造成病情延误。

2. 几种媒介互相冲突 例如有时口头传达的精神与文件不符，造成矛盾。

3. 沟通渠道过长，中间环节多，信息在传递过程中有了改变，甚至颠倒。有调查证明，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。

在沟通中要提高有效性，必须消除和克服这些障碍。

五、护理管理中的沟通技巧

沟通要求掌握几个基本原则：信息明确性原则，即信息发出者发出的信息应有明确、正确、清晰、适时等特点；组织结构完整性原则，即沟通应按组织结构的层次进行；策略上使用非正式沟通渠道原则等。此外，还应重视沟通中以下一些基本技巧。

(一)个别谈话的技巧 个别谈话是管理中一项主要工作形式，具有很强的感情色彩，需要讲究艺术性。

1. 谈话的类型及作用 谈话的类型包括指示性、汇报性、劝导性、讨论性、请示性谈话等。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：领导者处于参与的位置；③悉人作用：通过谈话了解下属的心理与品质，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. 谈话的技巧 领导者应积极采用各种谈话形式为管理工作服务。个别交谈的技巧要反复训练、实践才能获得。应注意做到：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，也是感情交流，需注意态度、方式、语调等，并开诚布公，使被领导者愿意谈出自己的内心愿望；②善于启发下属讲真情实话：坦率谈话的可能性取决于领导作风。专制作风易促使下级谎报情况，使掌握的情况缺乏真实性；③善于抓住重要问题：礼节性的谈话之后，应逐渐转入正题。要善于集中在主要内容及急于解决的问题上；④善于掌握评论分寸：听取意见时不应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，对方易于采纳，心平气和，不紧张，不感情激动；⑤善于表达对谈话的兴趣和热情：双方谈话中及时的积极的适当反馈，使谈话更融洽深入。谈话中可用表情、姿势、插语、鼓励等表示热情和有兴趣；⑥善于克制自己，避免冲动：谈话中如下属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；⑦善于处理谈话中的停顿：一种停顿是下级要观察对其谈话的反应，这时应插话，鼓励继续其谈话内容；一种停顿是思维中断引起，领导可采用“反向提问法”引出原来的谈话内容；⑧善于把谈话中的公事与私事分开：个人的私事应当放在次要位置，如下级坚持把个人私事与公务共同讨论，应将个人问题限制在最

小限度内。

(二) 组织护理查房的技巧 护理查房是临床护理工作中为了提高护理质量及临床教学水平而采取的一种较好的管理方式。

1. 目的 ①通过护理查房,发现护理过程中的问题;②临床查房可促进患者及家属参与护理工作,护理人员传授有关知识,患者可表达对护理的感受、意见和建议;③可增强护患关系:共同讨论对患者的护理,使双方更熟悉和密切;④提高护理人员沟通交流的技巧和能力;⑤提高和促进护理人员学习护理理论;⑥护理人员互相交流,学习经验,护士长或教师进行示范,提高业务技术水平;⑦使护理人员统一认识,共同参与护理计划的制订、修改、实施,促进同级合作。

2. 程序和方法 护理查房前应制订计划,明确本次查房目的、时间、地点、参加人、主讲人、患者、记录人员、查房程序及必要的准备。应选择适当的患者,并得到患者的允许和配合,必要时请家属参加。查房前主讲人做好充分准备(病历、有关疾病及护理理论知识),对参加者推荐有关资料,了解有关知识。主讲人进行护理报告,主持人应引导讨论方向,调动参加人员积极参与讨论,做出总结与评价。

3. 注意事项 查房内容应以患者为中心,但要避免在床前对患者过多的评论及过分的检查;需对患者回避的内容,应选合适的地点进行;参加人员不宜过多,人员多少应根据查房目的决定,可以灵活掌握;床边查房时间不宜过长;护理查房记录应予保存。

(三) 积极倾听技巧 有效地倾听是积极主动的而非被动的。管理者在沟通时不应只考虑“讲”,还要讲究“听”,并且设身处地去倾听。积极倾听是要弄懂所听到内容的意义,它要求对声音刺激给予注意、解释和记忆。

1. 积极倾听的基本要求 积极倾听要求精力投入,能站在说话人的角度上理解信息。其基本要求是:①专注:要求精力非常集中地听说话人所讲的内容,并概括、综合所听到的信息,包括每个细微的新信息;②移情:要求把情感置身于说话者的位置上,努力理解说话者想表达的含义。移情要求包括说话者的知识水平和倾听者灵活性两项因素。要求从说话者角度调整所观所感,进而保证听者的理解符合说话者的本意;③接受:即客观地倾听内容而不做判断。当我们听到不同观点时,常常会在心理阐述自己的看法并反驳他人所言,这样就会漏掉余下的信息。积极倾听者的挑战就是接受他人所言,而把自己的判断推迟到说话者结束话题之后;④对完整性负责:倾听者要千方百计地从沟通中获得说话者所要表达的全部信息。达到此目标最重要的技术是:在倾听内容的同时倾听情感,以及通过提问来确保理解的正确性。

2. 积极倾听的具体方法 ①了解谈话内容、背景及尚未发表的意见;②用表情或点头激励对方发言,尽可能不打断话题或显得不耐烦;③听“弦外之音”和体会对方情感;④最后发表看法,言辞要缓和;⑤多用疑问语来澄清易混淆的谈话内容;⑥不质问对方,不教训下属;⑦不离题太远;⑧结束话题后再进行讨论,并做出判断,不用敷衍的态度和模棱两可的言词表达;⑨情绪上不过于激动;⑩安排较充分和完整的交谈时间等。

(四) 解决矛盾的技巧 护理管理者常遇到各种矛盾和冲突,良好的沟通能有效减少或消除这些矛盾,提高管理效果。沟通专家总结出处理矛盾的九种策略,见表 6-3。

表 6-3 处理矛盾的九种策略

高	互 动 的	形式 3 铁令如山 运用权势,强迫别人服从命令	形式 6 讨价还价 以协商交易的方式消除矛盾	形式 9 携手合作 将大家的意见整合在一起
		形式 2 粉饰太平 强调想法共同之处,忽略相异的部分	形式 5 和平共处 在彼此协议下,维持各存己见的状态	形式 8 全力支持 在可容忍的范围内,给予对方最大的支持
中	强 度			

低	形式 1	形式 4	形式 7
	按兵不动 避免面对不同的意见，或是 延长调整的时间	订定规则 以客观的规则作为处理分 歧的基础	弃子投降 放弃自己的想法，完全以 对方的意见为意见
论点的弹性			
低	中	高	

这九种策略可单独采用，也可综合使用。但要能恰当地运用这些策略，首先必须了解它们各自的用法，以及它们的适用场合。一般而言，管理者在确定其策略时主要考虑如下两个问题：“在我说出我的论点时，我要保持多大的弹性？”“我要和那些持不同意见的人，维持多密切的互动？”所谓“论点的弹性”，实际上就是你应不应该表现出你的立场；而所谓“互动的强度”，则要看个人希望建立一种什么样的人际关系。这些考虑的不同组合，就形成了 9 种解决矛盾的策略。

1. “按兵不动”（弹性低，互动强度低） 面对不同意见，单方面决定维持现状，不采取任何行动。这种策略只能暂时使用，不是一个最终的解决办法。

适用状况：当你需要时间搜集更多资料、争取更多支持，或是暂时没有精力来处理这件事情时，可以考虑使用“按兵不动”的策略。这样做的好处，是使你能够较从容地协调歧见，让彼此的情绪冷静。

例：张某是医院的老资格护士，但是她的能力有限。我不想对此采取任何措施，因为再过两个月，她就退休了，到时候，等她的继任者上任后，我再建议她如何提升工作效率。

2. 粉饰太平（弹性低，互动强度中等） 通过强调共同点、淡化差异点的方式，来“推销”你的观点。

适用状况：当你对自己的想法很清楚，但缺乏决策者支持时，或是当你没有时间、精力组织长时间讨论时，都可以运用这个策略。当你觉得你手上的资料可能会伤害到别人，或是别人没有能力去处理它，而你想要撤回时，也可以考虑用这一策略来化解。

例：医院院长有一套大刀阔斧的改革计划，但领导班子中意见分歧大，困难重重，考虑到班子稳定问题，院长决定暂不进行人事变动，号召大家团结一致、齐心协力，先推行已取得共识的改革举措。

3. 铁令如山（弹性低，互动强度高） 单方面运用权势和影响力，使他人听从其意见。

适用状况：你对事情有绝对自信，非马上去做不可时；当你相信别人的意见不太可能改变你的想法时，或是你认为事情没有重要到需要讨论时。

4. 制订规则（弹性中等，互动强度低） 以客观的规定或准则（如抽签、测验等）作为处理不同意见的基础。

适用状况：当决定的过程比结果更重要时；当任何进展都是较原状为好时。

例：小刘和小李都很优秀，在护士中都有一定的群众基础，安排谁做新一任的护士长呢？护理部采用了让护士民主投票选举的方式。

5. 和平共存（弹性中等，互动强度中等） 在共同协议下，各执己见，各行其是。如果这样做花费太大，或容易造成混淆，则采用“中间”路线，以达到共同目标。

适用状况：当争议双方都坚信自己的想法是对的时。

例：“我们先按自己的想法去做，试行三个月之后，再看看谁的办法最有效、最省钱”

6. 讨价还价（弹性中等，互动强度高） 通过协商、交易，使存有争议的双方都能得到自己所希望的。

适用状况：当协议达成，双方都能从中得到较大好处时。

7. 弃子投降（弹性高，互动强度低） 即使你不同意对方的看法，可是你仍然不表示意见，并按照对方的看法去做。

适用状况：当你相信对方的专业能力的确高出你许多时，或是当事情对你来说无关紧要，而对对方却非常重要时。

例：“我不赞成我老板最近提出的一个改革构想，但是我想，他是不会接受我的建议的。”

8. 全力支持（弹性高，互动强度中等） 虽然你不同意对方的看法，可是你仍然愿意在一定限度之内，支持并鼓励对方。

适用状况：当对方能力不错但缺乏自信，而你又希望能帮助他时。

例：“如果是我，我不会以这种方法来改善产品，既然你们投入了这么多精力，我还是愿意让你们做做看，两个星期之后，看成效如何，再作决定吧”

9. 携手合作(弹性高、互动强度高) 通过一系列坦诚的讨论,将所有参与其事者的意见系统地整合在一起。

适用状况:事情非常重要,却难妥协时;当所有参与者都非常值得信任,且有充裕时间可以互相沟通意见时。

第四节 冲突的处理

人们在交往中常常发生意见分歧、争论、冲突,使彼此关系紧张。冲突可能危害组织工作绩效,影响团结。但并不是所有的冲突都是坏事,冲突有消极的,也有积极的。处理冲突的能力是护理领导者需要掌握的重要技能之一。

一、冲突的概念

冲突(conflict)指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,是管理人员的责任。对冲突的认识,人们的观念有一个逐渐转变的过程。

1. 传统观点(traditional view of conflict) 认为所有的冲突都是有害的,具有破坏性,应当尽可能避免,管理者有责任在组织中清除冲突。从 19 世纪末至 20 世纪 40 年代中期,该观点在冲突理论中占据统治地位。

2. 人际关系观点(human relations view of conflict) 认为冲突必然而不可避免地存在于所有组织中,是组织中自然发生的现象,因此应该接受冲突的存在,该观点使冲突的存在合理化。自 20 世纪 40 年代末至 70 年代中期,该观点在冲突理论中占据统治地位。

3. 相互作用观点(interactions view of conflict) 当今的冲突理论为相互作用观点。这种观点不仅接受冲突的存在,而且鼓励冲突出现。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

(一)建设性冲突

1. 概念 建设性冲突(the constructive conflict)是指一种支持组织或小组实现工作目标,对组织或小组工作绩效具有积极建设意义的冲突。

2. 特点 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争论双方信息交流不断增加。

建设性冲突对组织具有积极作用,表现为:①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;②可以促进组织内部门与小组间公平竞争,提高组织效率;③可防止思想僵化,提高组织和小组决策质量;④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。

(二)非建设性冲突

1. 概念 非建设性冲突(the non-constructive conflict)是指阻碍组织或小组工作达到目标,对组织或小组绩效具有破坏意义的冲突。

2. 特点: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;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不利作用,表现为:①对组织和小组的发展起消极破坏作用;②对组织内成员的心理造成紧张、焦虑、导致人与人之间相互排斥、对立、削弱组织或小组战斗力;③涣散士气,破坏组织的协调统一,阻碍组织或小组目标实现。

区别建设性和非建设性冲突的标准是小组的工作绩效。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成员个人来说是非建设性的,但只要对小组实现工作目标有利,这种冲突就是建设性的。

三、冲突的基本过程

冲突的过程包括四个阶段:潜在对立阶段(potential opposition stage)、认知与个人介入阶段(cognition and personalization stage)、行为阶段(behavior stage)和结果阶段(outcome stage)。

(一)潜在对立阶段 潜在对立阶段是产生冲突的酝酿阶段。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,主要包括三方面:

1. 由沟通引起的冲突 沟通不良是引起冲突的原因之一。由于沟通引起的冲突,在我们日常生活和

工作中随处可见。主要来自语言表达困难、语言使用不当等引起的彼此误解以及沟通过程中的干扰。沟通中的时间也是一个不可忽视的因素。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：过多或过少的沟通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：团体规模越大，成员的工作越专门化，引起冲突的可能性就越大。成员年轻以及人员流动性大的团体，发生冲突的潜在性大。组织中各部门的目标越多，分歧的可能性越大，冲突的潜在性就越大。组织内领导风格越是独裁、苛刻，冲突的潜在可能性也越大；另一方面，如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性化、多样化。在奖惩制度方面，如果奖励方法不公平，惩罚不一视同仁，也必然会引起冲突。

3. 个人因素 个人因素主要包括人的价值观以及人的性格方面的差异。研究表明：某些性格容易引发冲突，如高权威性、过于独断等；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。

(二)认知与个人介入阶段 各种潜在的冲突条件进一步发展，引起挫折并被人知觉，冲突便产生。这里强调知觉的必要性，即冲突双方至少有一方知觉到冲突的存在。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，即人们确实体验到焦虑、紧张或挫折感。比如，你与护士长一起讨论护理教学改革方面的问题，言谈中双方出现了意见上的分歧，但这并不必然意味着你与护士长就发生了冲突。只有当你们中间有一方固执己见，对对方的意见不满，对自己意见不能被对方赞同而感到焦虑、挫折、甚至气愤，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，便进入冲突的第三个阶段——行为阶段。在这个阶段冲突表现为外显的对抗形式，具体包括：温和间接的语言对抗，直接的攻击，失去控制的抗争或暴力等。例如护士罢工要求增加工资，夫妻之间由于孩子教育问题发生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。

(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。这些结果可以是促进组织或小组实现目标，属建设性；也可以是阻碍组织或小组实现目标，降低小组效绩，属非建设性或破坏性。

四、冲突的处理

(一)两维方式解决冲突 有学者认为，处理冲突一般从两方面的因素进行考虑权衡，以确定处理方法。一方面是合作性(cooperativeness)，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(assertiveness)，是指冲突发生后某一方坚持满足自己需要的程度。冲突双方合作性和坚持性不同程度的表现可以产生五种处理方式：

1. 竞争(competition) 当冲突一方只顾强求自己目标，获取自己的利益，不在乎给对方造成的任何影响时，这种行为叫做竞争。在市场经济的影响下，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，其他因素都是次要的。

2. 协作(collaboration) 当冲突双方都愿意在满足自己利益的同时也满足对方的需要时，便会协商寻求对双方都有利的解决方法。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要的目的，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. 逃避(avoidance) 冲突发生时，采取漠不关心的态度或逃避双方的争执或对抗的行为，叫做逃避。有时冲突发生时，由于冲突一方或双方为了维护双方关系，采取一种保持距离的方法逃避与对方正面对抗。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。

4. 顺应(accommodation) 当一方在冲突发生时把对方利益置于自己利益之上，以求满足对方需要时，便是顺应。一般来说，此时做出顺应的一方把维持双方关系放在第一位，在处理冲突时，做出了一定程度的自我牺牲。

5. 折衷(compromise) 冲突双方都必须放弃部分利益，以便在一定程度上满足双方的部分需要，便形成折衷。此时谈不上谁赢谁输，双方都付出一定代价，也都得到部分利益。

(二)通过谈判解决冲突 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。

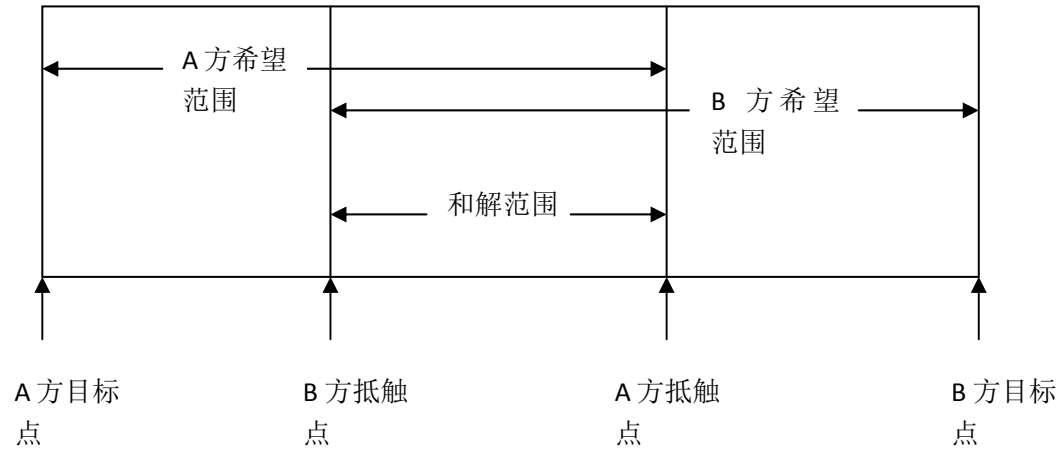
1. 谈判策略 谈判有两种基本方法：分配谈判和综合谈判。二者的区别，见表 6-4。

表 6-4 分配谈判与综合谈判

谈判特点	分配谈判	综合谈判
可能的资源	被分配的资源数量固定	被分配的资源数量不定
主要动机	我赢，你输	我赢，你赢
主要兴趣	相互对立	相互融合或相互一致
关系的焦点	短时间	长时间

分配谈判的实质是，对于一份固定利益谁应分得多少进行协商。在分配谈判中最常引用的例子是劳资双方对工资的谈判。一般情况下，工人在谈判桌前总是想从资方那里尽可能多地得到钱。由于在谈判中工人每一分钱的增加都提高了资方的开销，因而谈判双方都表现出攻击性，并把对方视为必须击败的对手。

图 6-11 描绘了分配谈判的策略。A、B 代表谈判双方。每一方均有自己希望实现的目标点，也有自己的抵触点，抵触点表明最低可接受的水平，如果在此点以下，人们会中止谈判而不会接受不利于自己的和解。双方抵触点之间的区域为和解的范围。如果在他们的愿望范围中有一定的重叠，就会存在一个和解的区域使双方的愿望均能实现。进行分配谈判时，你的战术主要是试图使对手同意你的具体目标或尽可能接近它。下面是几点建议：①劝说你的对手达到他的目标点毫无可能性，而在接近你的目标点上达成和解则是明智的；②申辩你的目标是公正的，而对手的则不是；③试图激发对手感情用事使他觉得应对你慷慨，从而使达成的协议接近于你的目标点。



综合谈判认为至少有一种处理办法，即综合谈判比分配谈判更为可取。因为综合谈判建构的是长期的关系并推进了将来双方的合作。综合谈判使双方团结在一起，并使每个人在离开谈判桌时都感到自己获得了胜利。相反，分配谈判则使双方成为敌人，它倾向于建构憎恨，并使得那些需要不断发展共同合作的人隔离得更远。

综合谈判要取得成功必须具备一些条件。包括：信息的公开和双方的坦诚；各方对另一方需求的敏感性；信任别人的能力；双方维持灵活性的愿望。由于许多组织文化和组织内环境并不是以开放、信任、灵活为特点，因此在组织中综合谈判不多见。

2. 谈判过程 谈判过程包括 5 个阶段：

（1）准备和计划 谈判开始前，需要对谈判双方的情况进行详尽地评估，评估时可围绕着以下几方面问题进行：“冲突的性质是什么？谁参与谈判？他们是怎样理解冲突的？你想从谈判中得到什么？你的目标是什么？对方对你的谈判目标会有什么想法？他们可能会提出什么要求？对他们来说有哪些无形的或隐含的重要利益？他们希望达成什么样的协议？”在评估的基础上有针对性地制订出谈判计划，特别注意要把目标写下来，从最希望达到的目标到可接受的最低限度，并规定一个许可的范围。

（2）界定基本规则 制定出计划后，就可以和对方一起就谈判本身界定基本规则和程序。如谁将参加谈判？谈判在哪里进行？谈判要受到哪些方面的约束？如果谈判陷入僵局，应遵循什么具体程序？在这

一阶段中，双方将交流他们的最初提议和要求。

(3) 阐述和辩论 相互交换了最初观点后，双方都会就自己的提议进行解释、阐明、澄清、论证和辩论。这一阶段不一定是对抗性的，它可以是双方对下面这些问题交换信息：为什么这些问题很重要？怎样才能使双方达到最终的要求？此时，会给对方提供所有支持自己观点的材料。

(4) 讨价还价和解决问题 谈判过程实际上是一个为了达成协议而相互让步的过程，因此谈判双方为达成协议都需要做出让步。

(5) 结束与实施 谈判过程的最后一步是将已经谈成的协议正规化，并为实施和监控执行制定出所有必要的程序。

3. 谈判技能

当谈判者评估了自己的目标，思考过对方的目标与兴趣，并提出了一种谈判策略，就可以真正开始谈判了。常用的谈判技能包括：

(1) 以积极主动的态度开始谈判 研究表明让步倾向于得到汇报并最终达成协议。因此，以积极主动的态度开始谈判也许只是一个小小的让步，但会得到对方同样让步的酬答。

(2) 针对问题，不针对个人 着眼于谈判问题本身，而不针对对方的个人特点。当谈判进行得十分棘手时，应避免攻击对手。不同意的是对手的看法或观点，而不是其个人。应做到把事和人区分开来。

(3) 不要太在意最初的目标 把最初的目标仅仅看作是谈判的出发点。每个人都有自己最初的观点，他们可能是很极端、很理想化的，仅此而已。

(4) 重视赢-赢解决方式 没有经验的谈判者常假定他们自己的获益必定来自对方的牺牲。实际上，在综合谈判中情况并不一定如此，经常可以找到赢-赢的解决办法。因此，如果条件许可，最好寻找综合的解决办法，按照对方的兴趣建构选择，并寻求能够使双方均成功的解决办法。

(5) 建构开放和信任的气氛 有经验的谈判者是个好听众，他们更多询问问题，更直接地关注对方的提议，更少防卫性，并避免使用能够激怒对手的词句，换句话说，他们善于建构开放和信任的气氛，以达到综合解决办法。

【实例分析】

张南是一位综合性医院的护理部主任。她实行了一种奖券制度来强化出勤率。具体做法是：每月进行一次抽奖，奖品是一台彩电，只有出勤记录良好的护士才有资格参加抽奖。采取该措施后，大多数护士的出勤率都有大幅度的下降。

张发现，在大多数护士中有一个例外。这个护士在采取奖券方法之前每月大概迟到两天，现在她仍然如此。张知道这个护士没有获得任何一次参加抽奖的机会，于是问她为什么对奖券毫无兴趣。她回答说：“我丈夫4个月之前刚刚在一次抽奖时得了一台新彩电，我真的不需要另一台电视机了。”

问题：张南的激励措施存在哪些问题？你认为她应该怎样做？

【参考文献】

- 1 赵炳华主编.现代护理管理.北京：北医协和联合出版社，1995
- 2 杨英华主编.护理管理学.北京：人民卫生出版社，1999
- 3 姜小鹰主编.护理管理学.上海：上海科学技术出版社，2001
- 4 方益寿主编.组织管理心理学.山东：山东大学出版社，1996
- 5 斯蒂芬.P.罗宾斯（美）著.管理学.第4版.工商管理经典译丛.黄卫伟，孙建敏等译.北京：中国人民大学出版社，Prentice Hall 出版公司（美），1997
- 6 林菊英主编.医院管理学护理管理分册.北京：人民卫生出版社，2003

（曹枫林）

第七章 护理质量管理

nursing quality administration

【教学目标】

识记

1. 叙述质量、护理质量、全面质量管理、持续性质量改进的基本概念。

2. 正确叙述护理质量标准制订的指导思想。
3. 正确叙述护理质量结构。
4. ISO9000 族标准的特点。

理解

1. 列出护理质量标准的指标及其计算公式。
2. 讨论护理质量管理的目标、特点及意义。
3. 解释护理质量管理基本方法及常用工具。
4. 叙述护理质量评定的内容。
5. 理解 ISO9000 族标准八项质量管理原则在护理中的应用。

应用

1. 结合你的工作实践论述如何进行护理质量管理？

医疗护理服务质量是反映医院技术水平、整体管理水平和服务水平的聚焦点。护理质量是护理管理的核心，面对中国加入世界贸易组织的挑战，面对医疗卫生体制的改革，面对病人及其家属（作为医院所提供医疗保健服务的顾客）对护理服务和护理技术的质量提出越来越高的要求，为病人提供全面的、整体的、高质量的服务，满足他们的明确的和隐含的需要已成为护理质量管理的第一要务，这已是国内外医院管理工作者的共识。

第一节 护理质量管理的概念、特点及意义

一、质量管理

（一）质量的概念 质量（Quality）一词来自拉丁文，即本性的意思。但对不同的对象来说，质量的含义有所不同：以天然物质为对象的物理质量，是指“度量物体惯性大小的物理量”或“物体中所含物质的量”。新产品（商品）和社会服务为对象的质量概念属于管理领域的质量概念，这种质量叫做品质，医疗护理质量、医院工作质量、医院的整体质量等，均属于这种质量概念。

国际标准化组织（International organization for standardization, ISO）ISO9000 族标准 2000 版质量定义为：质量是产品、体系或过程的一组固有特性，是满足顾客和其他相关方面要求的能力。这里的产品指硬件、软件、流程性材料及服务 4 个类别，包括有形和无形的，医疗服务是无形产品。“标准”强调不仅满足顾客（病人）的要求，还要满足法律和法规的要求，不仅是顾客说明的需要，还有实际存在的或潜在的不易标准表达的未被说明的隐性需要。

产品可以有形的，也可以是无形的，或是它们的组合。服务质量是指满足服务对象需要能力特性的总和。服务（Service）是指满足顾客需要的活动，即供方和顾客（服务对象）之间接触的活动，以及供方内部活动所产生的结果。工作质量是与产品质量或服务质量有关的工作，对于产品、服务质量的保证程度；产品、服务质量取决于工作质量，它是每个单位各方面、各环境工作质量的综合反映；所以工作质量一般称之为环节质量。

（二）全面质量管理 20 世纪 50 年代末期，美国质量管理协会的朱兰（J•M•Juran）认为，质量管理不仅是技术专家和质量管理专家的事；也不能只靠数理统计方法而忽视其他管理方法，必须重视人的因素，人人关心质量，各部门围绕着质量活动。他的主张成为全面质量管理思想的先导。全面质量管理（Total quality management, TQM）是由以 W•爱德华兹•戴明（W•Edwards Deming）（美国人）为代表的一些质量管理专家掀起的一场质量革命，如今质量管理已发展成具有国际性的一项管理工作，跨越了国界。1947 年成立的国际标准化组织做了大量工作，成立了“质量管理和质量保证技术委员会”，在全世界推进全面质量管理，制定了覆盖各行业（包括医院）的质量管理标准。

1. 全面质量管理的含义 全面质量管理是一种由顾客的需要和期望驱动的管理哲学。其目标是建立组织对持续改进的承诺。

“顾客”一词的含义包括每一个与组织的产品和服务打交道的人，无论是内部的还是外部的。例如医院的外部顾客主要是病人；内部顾客是指为其服务的下一个部门或岗位的人员。例如供应室的顾客即为临床各科领取的人员；手术室为施行手术服务，医生则是手术室的顾客；治疗班护士为责任护士静脉输液做准备工作，责任护士即为顾客等等。上一个部门、岗位或程序为下一个部门岗位或程序提供服务并与之发生相互作用。

全面质量管理的含义见表 7-1 所示。

表 7-1 全面质量管理的含义

1. 强烈地关注顾客	“顾客”不仅包括外部购买产品和服务的人，还包括内部顾客
2. 持续不断地改进	是一种永不满足的承诺，“非常好”还不够，质量总能得到改进
3. 改进组织中每项工作的质量	TQM 采用广义的质量定义。它不仅与最终产品有关，并且与生产过程全部活动有关
4. 精确地度量	TQM 采用统计技术度量组织生产中的每一关键变量，然后与标准比较，发现问题、找根源以解决之
5. 向员工授权	TQM 吸收生产一线的职工改进质量，采用团队形式发现问题、解决问题，使人人参加质量管理

全面质量管理的基本理论和指导思想是把质量管理看成一个完整的系统，将整个管理过程和全体人员的全部活动均纳入提高质量的轨道，以向顾客提供满意的产品和服务为目的，以组织中的各部门和全体人员为主体，以数理统计方法为基本手段，充分发挥专业技术和科学管理的作用，保证和提高质量。它使质量管理从单一角度转变为多角度，成为全员参加的全过程、全方位的质量管理，使质量管理从总体控制和深化程度上均达到了新水平。

2. 持续性质量改进 持续性质量改进（Continuous Quality Improvement, CQI）是全面质量管理的重要组成部分，其本质是持续的、渐进的变革。它是在质量控制（quality control, QC）和质量保证（quality assurance , QA）基础上发展起来的。其包含：绩效的管理与维持—质量控制是为发现不足而进行的监督。

绩效的评核与维持—质量保证是确保所有工作与既定标准一致。绩效的发展—持续发展改进是群组中所有成员为寻求更高标准而进行改革的正确实践。在标准之上寻求更大的改进。

戴明博士 1986 年推出了 14 项质量管理要点，涵盖了持续性质量改进的重要概念。在这些概念里，强调了顾客的需要（应以诚信来长期的维系主顾关系），而不应以金钱来论定绩效；强调了全员参与和力争形成一种文化，通过教育和训练，帮助职工掌握解决问题、参与磋商、统计分析和团队建设等技能；强调工作指标是动态的持续性提高的（“绝对不要对自己的产品质量自鸣得意”）；强调质量是制造出来的，“不要再依赖核检提高质量”；强调对员工尊重、引导、激励、授权，而不是监督与控制等；是对质量持续、渐进的提高、改进过程。可以采用持续、渐进的变革基本步骤开展 CQI，推行全面质量管理。

（1）持续性质量改进的特点 ①以服务对象为中心，即围绕为病人及家属服务的全过程进行的质量评估和改进活动；②把测量标准作为最低起点，提倡超越目前的观点，要持续不断改进，对质量进行全面管理；③通过层层领导授权，尽可能使全体人员充分发挥潜能，提高质量；④注重预防而非监督。在计划实施的各个阶段，预防差错的发生，而不是监督问题的出现；⑤质量改进是循环的、持续向上的、永不停止的过程，是建立在新基础上的突破。

（2）持续性质量改进的要素是 ①质量的根本是满足病人和服务对象的期望，应围绕病人护理与服务的流程及时组织和开展改进活动；②改进要重视过程与功能和系统，而不是某个人的行为。制定护理质量监督与评价标准不仅要紧密围绕着病人的治疗与护理各个环节的不同需要，同时还要重视每个环节的护理工作过程和结果的监控；③在质量管理中采取领导层层授权，使护士努力参与质量管理，在领导者与下属之间建立信任关系，激发群众积极性、主动性和创造性，自觉地参与质量改进工作，不断提高工作质量，寻求更完美的工作方式和标准；④决策必须基于实施和数据（信息量化）。准确实施 CQI，采集信息要科学、真实、准确，为决策工作提供可靠的证据。群众质量管理小组要不断采集对护理质量影响大、易发生的问题，并确定其重要方面和优先顺序，明确指征，采取行动，使护理质量管理水平得到不断的提高。

（3）持续性质量改进做法是 ①领导授权和群众参与管理：为保证以病人为中心的整体护理质量，充分调动与发挥各级护理人员积极性，使护理人员能自觉地实施以病人为中心的整体护理。首先在整体护理模式病房成立由 2~3 名护士组成、领导者参与指导的群众性质量管理小组。选拔具有护理工作经验、掌握本专科理论知识和操作标准、工作责任心强、愿意协助护士长参与质量监督与评价的人员参加群众性质量管理小组。通过签定工作责任书，使他们明确工作任务和职责，并获得参与质量管理监督与评价的权利；②确定标准：建立起基于病人需要的标准（界限值）。既要表示评价或与同事间讨论的数字。如入院宣教 90%为界限值。根据以病人为中心的护理模式的要求，围绕整体护理的中心工作任务，针对护士对住院病人的全部护理活动作为质量监督与评价的重点、并重新修订质量标准；③收集和整理信息：设计监督、评价重要护理环节的各种表格，准确收集、整理、分析信息；④及时评价与解决问题相结合：在收集信息的基础上评价工作效果。评价要注意有无改进工作和解决问题的机会。在监督与评价的过程中，不是惩治当事人，而是通过评价使整体护理水平持续改进。要客观地检查问题出现的可能原因。针对问题及形成原因采取措施加以解决；⑤对措施有效性的评价与反馈：在评价的基础上继续监测采取措施后的改进情况，若表明措施未显效，则重新检查、讨论，进一步采取改进行动。将持续改进质量的情况及时汇报给各级管理者，接受领导与监督，形成上下结合的质量管理系统。

二、护理质量

（一）护理质量的概念 护理质量集中反映在护理服务满足服务对象规定的或潜在的要求的特征和特性方面，表现护理服务的优劣程度。广义的讲，还包括工作效率，即以给定的劳动消耗取得更多的输出。护理质量不是以物质形态反映其作用与效果的，而是集中地反映在护理服务的作用效果方面。它是通过护理服务的设计和工作实施过程中的作用、效果的取得，经信息反馈形成的。它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。传统的护理质量概念，主要是指临床护理质量，即执行医嘱是否及时、准确；护理文件、表格填写是否正确、清晰；生活护理是否周到、舒适、安全、整洁；有无因护理不当而给病人造成的痛苦的损害等。随着以疾病为中心的生物学模式转变为“生物—心理—社会”医学模式，护理质量的内涵在扩展，建立在现代护理观基础上的护理质量，进行全面的、整体的、高质量护理，应包括心理护理、健康教育、康复护理以及社区护理等方面。因此，医院护理质量，是根据医院任务和条件，适应社会经济文化水平，依据医学和护理学原则，在向服务对象（病人及健康人、个体及群体）提供服务中，所达到的合理的满意程度，包括已经规定的和潜在的要求。

（二）护理质量管理的目标 在医院形成以全面质量管理为基础，以全面的、整体的、高质量护理为内容，以健全的质量保证体系为核心，以信息量化管理为手段的护理质量管理模式。护理质量管理目标将致力于提高病人的生命质量和生活质量，爱护病人的生命，关心病人的生活，尊重病人的人格，满足病人的愿望，维护病人的权利，将成为护理质量的基本要求。

（三）护理质量管理的特点

1. 护理质量的广泛性和综合性。护理质量管理具有有效服务工作量、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。因此，不应使护理质量管理仅局限在临床护理质量管理范围内，更不应该仅是执行医嘱的技术质量管理。在整个医院服务质量管理中，几乎处处都有护理质量问题，事事都离不开护理质量管理。这一特点，充分反映了护理质量管理在医院服务质量管理方面的主体地位。

2. 护理质量管理的协同性与独立性。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。大量的护理质量问题，都是从它与其他部门的协调服务和协同操作中表现出来。与各部门协同得好不好，是护理质量的主要表现。因此，护理质量管理必须加强协同质量管理。但是，护理质量不只是辅助性的质量问题，而有其相对独立性，护理质量必须形成一个独立的质量管理系统。

3. 护理质量管理的程序性与联系性。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。例如，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进行质量把关。不论在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，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。

（四）护理质量管理的意义 全世界关心的三大质量问题是安全、健康和环境。人的安全第一、生命质量第一，对“健康所系，生命相托”的护理工作，进行质量管理意义重大。护理质量是医院整体医疗服务质量的重要组成部分，是衡量医院服务质量的重要标志之一。它对医院的服务质量、社会形象和经济

效益等方面有着直接的影响，是医院工作的一个重要环节。护理质量高低不仅取决于护理人员的素质和技术质量，更直接依赖护理管理的水平，尤其是护理质量管理的方法。科学有效、严谨完善的管理方法是保证护理质量的基础，是提高护理质量的重要措施。在医疗竞争激烈的今天，护理质量管理者应不断增强竞争意识，努力提供全面、整体、高质量的护理，满足服务对象的身心各方面的要求。加强护理质量管理，建立科学的管理体系是护理工作现代化和适应医学发展的需要。对促进护理学科发展和提高护理人员素质也具有深远意义。

第二节 护理质量的标准

一、护理质量结构

根据 ISO 质量定义，护理质量也是一种过程，并有一定的形成规律。护理服务质量的形成过程是由三个质量层次构成的，叫做“三级质量结构”：首先是由质量要素组合而成的护理服务基础质量；其次是基础质量的动态运作所形成的工作环节质量；最后是由各项工作环节质量综合而成的结果，即护理服务终末质量。

（一）护理服务的基础质量 形成护理服务质量的基础是质量要素及其组合的优劣程度。护理服务质量有六个方面质量要求：人员；技术和功能；环境和设施空间；物质和设备；时间的掌握和利用；信息。

1. 人员素质 从事护理工作人员的素质是决定护理服务质量的第一要素。它不仅指每个人员的个人素质，而且包括人员的组合，即符合质量要求的资历、职称结构、组织结构和人员编配。

2. 护理技术和功能 护理技术决定着护理服务功能和服务水平，是非常重要的基础质量。

3. 环境和设施空间是保证护理服务质量的重要物质条件。它直接影响医疗服务的功能性、安全性和舒适性。

4. 护理设备和物资，随着科学技术的发展，先进的医疗仪器、护理器械成为决定护理服务质量的重要因素。

5. 时间的掌握和时间所谓时间要素，是指在护理服务过程中掌握和利用时间的及时性（快捷）、准时性（无时间误差）和适时性（抢救、治疗时机）。时间要素往往成为决定病人生命安危和健康的首要因素。

6. 信息：此项基础质量包括护理服务工作的固定信息，即护理工作制度、护理常规、操作规程和质量标准等，以及与护理服务有关的各种活动（信息）。

（二）工作环节质量 护理服务的全过程有一系列的工作环节，护理服务质量是在这些工作环节的活动中形成的。在“ISO”质量管理标准术语中，对工作环节运作的组合称为“服务质量环”。医院护理质量至少应由 3 个“服务质量环”构成全过程的工作环节质量：一是门、急诊护理服务质量环；二是住院护理服务质量环；三是临床服务支持系统服务质量环。

（三）护理终末质量 护理服务最终结局即护理终末质量，它是通过某种评价方法形成的质量指标体系，传统的指标如：技术操作合格率、差错发生率等。

二、制订各项护理质量标准的指导思想

（一）坚持护理质量标准的科学性、先进性、合理性、实用性。标准应该是有利于提高护理质量，有利于提高医院管理水平，有利于护理学科的发展，有利于护理人才培养。

(二) 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, 并通过规章制度、技术操作规程、岗位责任、工作程序等形式反映出来, 使护理人员便于学习贯彻, 通过完成具体指标达到总的目标。

(三) 贯彻预防为主方针, 在制定标准时要考虑到防患于未然。因为护理工作对象是病人, 任何疏忽、失误或处理不当, 都会给病人造成不良或严重后果, 所以在总结护理工作正反两方面经验和教训的基础上, 按照质量标准形成的规律制定标准和进行管理。

(四) 要保持标准化工作的严肃性和相对稳定性。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, 因此, 需要保持各项标准的相对稳定性, 不可朝令夕改。

(五) 要进行量化管理。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。在充分调查研究的基础上, 制定定性定量标准。

三、护理质量标准

护理标准体系纵向可包括国际、国家、专业、地区和医院不同层次的; 横向可分为业务技术标准和管理标准两大部分。业务技术标准是对护理业务技术质量的保证, 管理标准是护理管理人员的标准, 可以保证业务技术的贯彻执行。业务技术标准和管理标准又分别划分为基础条件标准、工作条件标准与质量检查考评标准三部分。这三部分相互依存、互相制约, 形成标准体系。

下面以 1989 年卫生部颁发的《综合医院分级管理标准(试行草案)》中的护理标准为例介绍护理标准及指标体系。

医院分级管理与医院评审, 是运用现代医院管理理论, 借鉴国际上的先进经验, 建立和实行的一种医院宏观管理体制。根据医院的不同功能、不同任务、不同规模 and 不同技术水平、设施条件、医院服务质量以及科学管理水平等, 将医院分为不同级别和等次, 对不同级别和等次的医院实行不同的标准、要求不同的标准化管理和目标管理。并根据医院分级管理标准, 对医院工作和医疗服务质量进行院外评审制度。

我国医院的分级与国际上三级医院划分方法一致, 由基层向上, 逐级称为一级、二级、三级。各级医院又分为甲、乙、丙三等, 三级医院增设特等, 共三级十等。

《综合医院分级管理标准(试行草案)》中的护理管理标准, 是评审各级医院护理工作的依据, 是以加强护理队伍建设和提高基础护理质量为重点的标准体系。应该指出, 护理质量标准体系及包含的指标要求会随医院管理和护理专业水平的发展不断修订和完善, 是不断变化的。

(一) 护理管理标准体系 护理管理标准体系由各级综合医院的基本标准和分等标准所构成。每部分含定性标准及定量标准。在评审中, 各省、自治区、直辖市卫生厅(局)又结合实际情况制订相应具体的护理管理和护理质量标准及实施细则。

1. 基本标准 护理管理标准体系中的基本标准包括五部分内容:

(1) 护理管理体系 含组织领导体制、所配备的护理管理干部数量及资格、护理人员编制的结构及比例等。

(2) 规章制度 含贯彻执行 1982 年卫生部颁发的医院工作制度与医院工作人员职责有关护理工作的规定, 结合医院实际, 认真制定和严格执行相应的制度, 包括护理人员职责; 疾病护理常规和护理技术操作

规程；各级护理人员继续教育制度等，并要求认真执行。

(3) 医德医风 即贯彻执行综合医院分级管理标准中相应级别医院医德医风建设的要求，结合护士素质，包括仪容仪表、言行规范；患者对护理工作、服务态度的满意度达到的百分率要求。

(4) 质量管理 包括设有护理质量管理人员；有明确的质量管理目标和切实可行的达标措施；有质量标准 and 质控办法，定期检查、考核和评价；严格执行消毒隔离及消毒灭菌效果监测制度；有安全管理制度及措施，防止护理差错、事故的发生。

(5) 护理单位管理 包括对病房、门诊（注射室、换药室）、急诊室、手术室、供应室等管理应达到布局合理，清洁与污染物品严格区分放置，基本设备齐全、适用；环境整洁、安静、舒适、安全，工作有序。

2. 分等标准 分等标准包括护理管理标准、护理技术水平及护理质量评价指标三部分。

(1) 护理管理标准 包括有护理管理目标、年计划目标达标率要求：设有护理工作年计划、季安排、月重点及年工作总结；有护理人员培训、进修计划，年培训率达标要求；有护理人员考核制度和技术档案，年考核合格率要求；有护理质量考评制度，定期组织考评；有护理业务学习制度，条件具备的组织护理查房；有护理工作例会制度；有护理差错、事故登记报告制度，定期分析讨论；对护理资料进行登记、统计；三级医院要求对资料的动态分析与评价，并达到信息计算机管理。

(2) 技术水平 包括护理人员三基（基本知识、理论、技能）平均达标分数；掌握各种常见病、多发病的护理理论、护理常规，急救技术、抢救程序、抢救药品和抢救仪器的使用有不同要求；掌握消毒灭菌知识、消毒隔离原则及技术操作；不同级别医院分别承担初、中、高等护理专业的临床教学任务；二、三级医院分别承担下级医院的护理业务指导、护理人员的进修、培训和讲学任务；开展护理科学研究工作、学术交流和发表论文、开展护理新业务、新技术的能力与数量要求，对不同级别医院均应达到相应标准；二、三级医院应能熟练掌握危、急、重症监护，达到与医疗水平相适应的护理专科技术水平。

(3) 护理质量评价指标 参考以下护理质量指标及计算方法。

(二) 护理质量指标及计算方法

1. 医院分级管理中护理标准要求的质量指标共计十七项，各级医院质量标准原则相同，指标要求有所差别。

例如五种护理表格书写合格率，一级医院 $\geq 85\%$ ，二级医院 $\geq 90\%$ ，三级医院 $\geq 95\%$ 。五种护理表格包括体温单、交班本、医嘱本、医嘱单、特护记录单，其标准是：①字迹端正、清晰、无错别字、眉栏填齐、卷面清洁，内容可靠、及时；②护理记录病情描述要点突出，简明通顺，层次分明，运用医学术语；③体温绘制点圆线直，不间断、不漏项；④医嘱抄写正确、及时，拉丁文或英文书写规整，用药剂量、时间、途径准确，签全名。

十七项护理质量标准中责任制护理开展病房数与陪护率对一级医院不设具体规定指标。

十七项护理质量指标及计算方法如下（摘自《医院分级管理文件汇编》）。见表 7-2。

表 7-2 护理质量指标及计算方法

序号	指标项目	计算方法	质量指标			说明
			一级 医院	二级 医院	三级 医院	
1	护理工作和服务		$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	达标按“医院基本标准”中医

	态度满意度					德医风建设标准的要求，列入全院综合指标
2	年计划目标达标率	$\frac{\text{达标项目数}}{\text{年计划目标项目数}} \times 100\%$	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$	$\geq 95\%$	目标明确，措施可行，达标有依据
3	护理人员年培训率	$\frac{\text{已培训人数}}{\text{护理人员总数}} \times 100\%$	$\geq 5\%$	$\geq 10\%$	$\geq 15\%$	培训：指进修、脱产学习、自学考试
4	护理人员年考核合格率	$\frac{\text{合格人数}}{\text{被考核护理人员数}} \times 100\%$	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$	$\geq 95\%$	考核按层次进行理论、技术操作考试和平时工作考核。被考核人数占总数的 95%
5	护理人员三基平均达标		≥ 70 分	≥ 75 分	≥ 80 分	三基（基本知识、理论、技能）内容以中等护理专业教材为基准
6	护理技术操作合格率	$\frac{\text{合格人数}}{\text{被抽查人数}} \times 100\%$	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$	$\geq 95\%$	随机抽查
7	基础护理合格率	$\frac{\text{合格人数}}{\text{被抽查病人数}} \times 100\%$	$\geq 80\%$	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$	抽查病房及重病人
8	特护、一级护理合格率	$\frac{\text{合格人数}}{\text{被抽查病人数}} \times 100\%$	$\geq 80\%$	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$	抽查特护、监护及一级护理病人
9	五种护理表格书写合格率	$\frac{\text{合格份数}}{\text{被抽查份数}} \times 100\%$	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$	$\geq 95\%$	抽查五种护理表格
10	责任制护理或整体护理开展病房数	$\frac{\text{开展病房数}}{\text{全院病房数}} \times 100\%$		$\geq 10\%$	$\geq 20\%$	一级重症病人有护理病历，执行护理计划，有效果评价和出院指导
11	急救物品完好率	合格件数 / 抽查件数 $\times 100\%$	100%	100%	100%	随机抽查若干件
12	常规器械消毒灭菌合格率	合格件数 / 抽查件数 $\times 100\%$	100%	100%	100%	随机抽查若干件
13	年褥疮发生次数		0	0	0	除特殊病情不许翻身者外
14	每百床年护理严重差错发生次数		≤ 1	≤ 0.5	≤ 0.5	在护理工作中，由于责任心不强，违反操作规程或查对不严，发生错误，给病人造成一定痛苦，但未造成功能障碍、伤残和死亡等严重不良后果者，应定为严重差错。
15	年护理事故发生次数		0	0	0	
16	一人一针一管执行率	已执行科室数 / 应执行科室数 $\times 100\%$	100%	100%	100%	
17	陪护率	陪护人数 / 住院病人数 $\times 100\%$		$\leq 8\%$	$\leq 5\%$	列入全院综合指标。

注：指标项目所指合格标准分均为 85 分

2. 整体护理质量评价标准 整体护理质量评价标准摘自中国人民解放军总后勤部卫生部部军用标准《医院整体护理规范》（WSB45-2001）。

（1）护理人员素质评价标准 ① 认真履行岗位职责，有良好的职业道德，遵守军队医务人员医德规范，工作责任心强，服务态度好； ② 掌握基本护理理论，整体护理理论考试合格； ③ 熟练掌握基础护

理和专科护理技能，基础护理操作和专科护理技能考试合格；④能有效的与病人进行交流和沟通，建立良好的护患关系；⑤能熟练运用护理程序对病人进行健康评估，搜集病人资料全面准确，护理体检手法正确、熟练，能够对病人进行健康教育、心理护理和康复指导；⑥护士长、责任组长、责任护士定期组织教学查房，并能指导下级护士工作。

(2) 病房管理评价标准 ①护理理念适合病区和病人的特殊性，能指导护士行为；②排班合理，体现以病人为中心的原则，保证护士把主要精力用在为病人的有效服务上；③病房基本设施达到规范要求；④病房各项规章制度落实；⑤医护协调好，团队精神强；⑥各级护理人员按工作职能分出业务层次，工作范围与职责明确。

(3) 护理程序

①本班内完成新入院病人入院评估。入院评估客观资料正确、完整，描述准确，与病人状况符合率 $\geq 90\%$ 。其计算公式为：

评估与病人状况符合率(%) = 符合项目数 / 入院评估总项目数 $\times 100\%$

②护理诊断 / 问题正确，与病人状况符合率 $\geq 90\%$ 。其计算公式为：

护理诊断(问题)与病人状况符合率(%) = 符合数 / 护理诊断(问题)总数 $\times 100\%$

③护理记录简明扼要，能动态反映病人的病情变化，记录内容符合病人情况。

④护理措施落实率 $\geq 95\%$ 。其计算公式为：

护理措施落实率(%) = 护理措施落实数 / 护理措施总数 $\times 100\%$

(4) 健康教育

①健康教育覆盖率 $\geq 95\%$ 。其计算公式为：

健康教育覆盖率(%) = 实际接受教育的人数 / 应接受教育的总人数 $\times 100\%$ 。

②健康教育知晓率 $\geq 80\%$ 。其计算公式为：

健康教育知晓率(%) = 能复述知识要点的病人(或家属)数 / 抽检总人数 $\times 100\%$

(5) 护理效果

①病人对护理工作满意度 $\geq 90\%$ 。采用护理工作满意问卷调查表，定期按一定比例请住院病人填写问卷，或为出院病人发放问卷。其计算公式为：

病人对护理工作满意度(%) = 评价满意得分之和 / 问卷应答人数 $\times 100\%$

②病人在住院期间基本生活需要得到满足。

a、基础护理合格率 $\geq 95\%$ 。其计算公式为：

基础护理合格率(%) = 检查合格项目数 / 检查总项目数 $\times 100\%$

b、重症病人护理合格率 $\geq 95\%$ 。其计算公式为：

重症病人护理合格率(%) = 检查合格项目数 / 检查总项目数 $\times 100\%$ 。

③病人住院期间安全得到保证，未发生因护理不当所致的并发症，无严重差错事故。

④外科病人在围手术期能得到全面系统的护理。

第三节 护理质量管理基本方法

一、护理质量管理基本方法

建立和完善医院、护理部及科室三级护理质量管理网络，护理部加强质量监督措施的落实，着重抓好环节质量控制，充分发挥护士长和质量监控员在护理质量控制中的作用。强化护理人员的质量意识，确保护理安全。要不断更新护理人员的质量观念，不断完善科学有效的质量控制体系，定期考核、分析、评价、反馈护理质量问题，最大程度地减少护理差错，杜绝护理事故的发生。应用 PDCA 循环管理的方法实施质量管理。PDCA 循环管理是美国休哈顿质量管理专家爱德华·戴明提出的，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。建立循环管理体系是全面质量管理不可缺少的方式方法之一，也是推进质量管理有效实施的组织指挥系统。

（一）PDCA 循环管理即计划、执行、检查、处理四个步骤反复不停的循环管理，其步骤和内容如下：

1. 计划阶段：

- （1）分析现状，找出存在的质量问题；
- （2）分析产生质量问题的原因或影响因素；
- （3）找出影响质量的主要因素；
- （4）针对影响质量的原因研究对策，制订措施，提出改进计划，并预测实际效果。

2. 执行阶段：按计划要求付诸实际行动。

3. 检查阶段：在执行过程中边执行边检查，完成阶段性改进计划后进行检查，把实际效果与预计目标作对比分析。

4. 总结处理阶段：

- （1）根据检查结果进行总结，把成果和经验纳入有关标准和规定之中，以巩固提高质量。
- （2）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。

（二）PDCA 循环管理的特点

1. 大循环套小循环，小循环保大循环。循环管理的突出特点是由大循环套小循环分级循环管理，相互联系，相互制约形成的系统性。大循环即院级质量体系的动态管理，它所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。将质量管理方案纳入这种大循环套小循环的质量体系动态管理中才能有效地予以实施。

2. PDCA 循环管理目标的分解性特点。是将质量管理方案从质量管理项目、实施的时间和空间（单位、场所）三方面加以分解，将大目标分解为小目标（更加具体的质量目标），以确保质量管理有效实施。

3. 不断循环，阶梯上升，不停顿的运作特点。“戴明环”不停地转动，每转动一周就实现一个具体目标，使质量水平上一个新台阶。这一特点有利于实施持续性质量改进。

4. 循环管理周期之间的衔接性特点。在总结处理阶段，不但要肯定本周期的成绩，还必须找出不足之处和发现新的问题，提出下一个周期的质量课题，与下一个 PDCA 循环紧紧衔接。

（三）PDCA 循环的基本要求

1. PDCA 循环周期制度化。三级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。

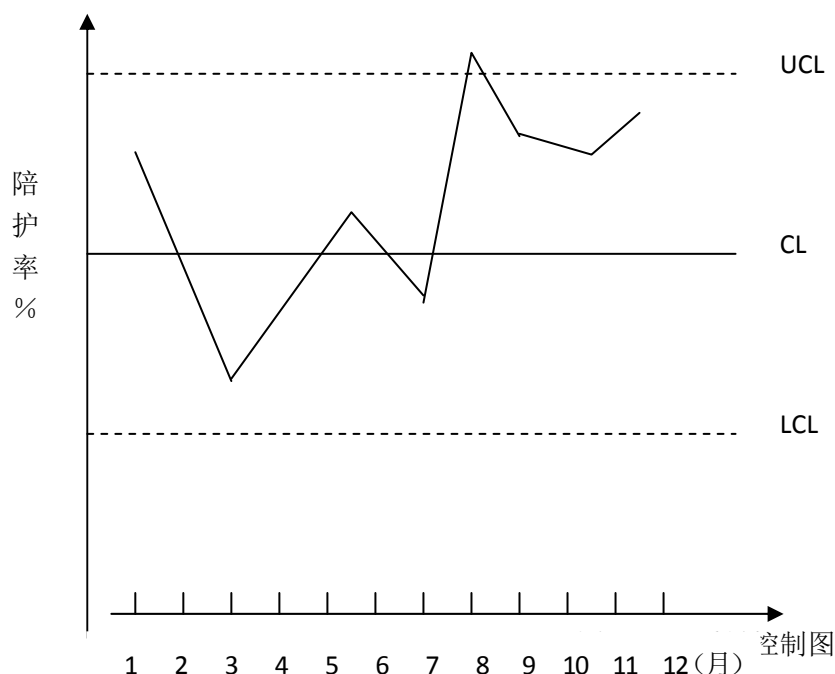
3. 制定循环管理的有关标准，定期进行循环管理成绩考核。

4. 实现 PDCA 循环运作的程序化。

二、护理质量管理常用工具

统计质量管理（SQC）是依客观真实地反映质量管理工作的数据，运用统计方法做出正确解释，通过局部推论全局结论。常用方法介绍如下。

（一）控制图 控制图是坐标图（见图 7-1），纵座标是质量指标值，横座标是时间顺序，三条横线是控制界限。中线 CL 是实线，表示平均值 \bar{X} ；控制上限 UCL 是虚线，是平均值加两个标准差（ $\bar{X} + 2S$ ）；控制下限 LCL 也是虚线，是平均值减去两个标准差（ $\bar{X} - 2S$ ）。图中曲线是指标值以时间顺序的连线。超出上下控制界限，即表示质量失控。

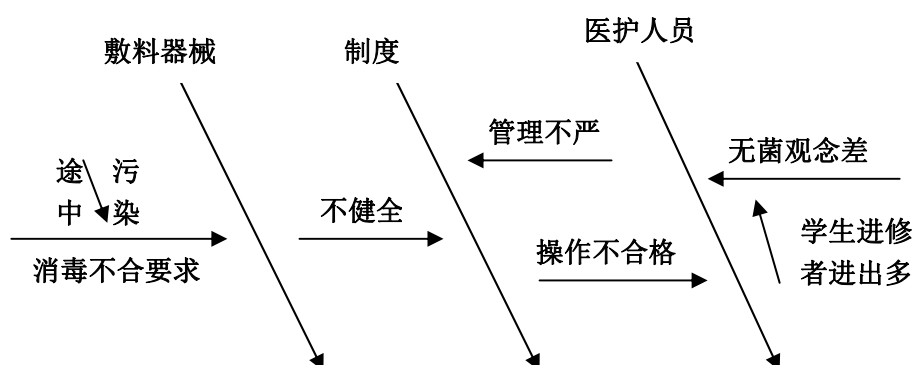


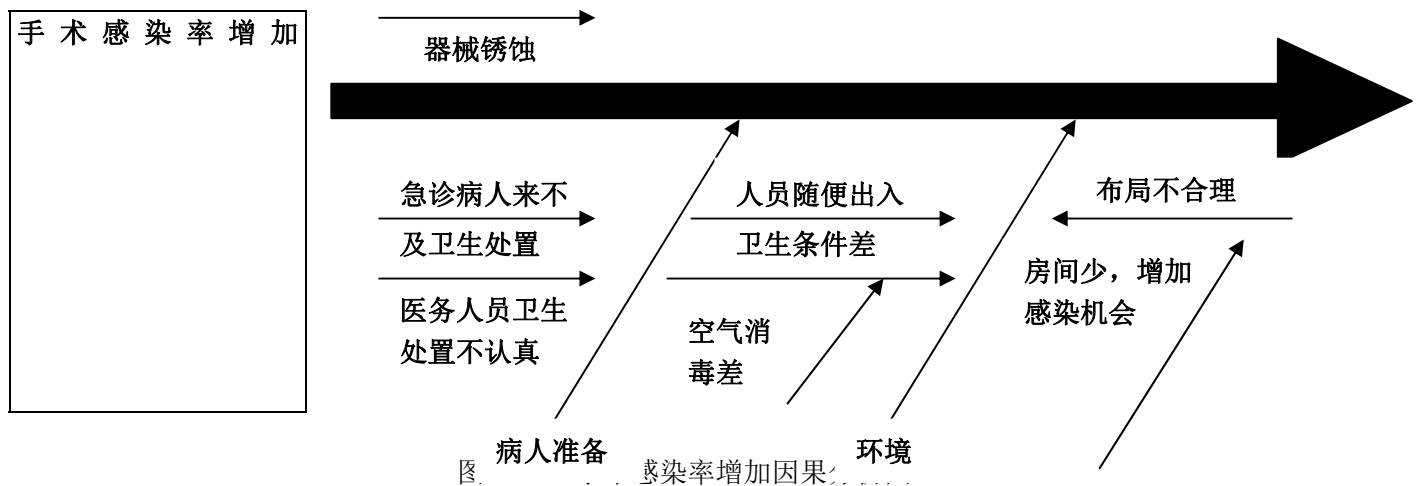
控制图反映工作过程质量的中心趋势与变量的变化。

（二）因果图 又称特性因素图、树枝图。包括“原因”和“结果”两个内容，是由结果找原因的一种方法。即根据质量问题寻找造成质量不高的大原因、中原因、小原因，然后有针对性的采取措施。

其步骤是：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，作出因果图。见图 7-2





三、护理质量管理的实施程序

护理部成立护理质量督导组，护理部主任任督导组组长，督导组为科护士长及部分护理专家组成，科室与病区分别成立护理质量督导小组，形成护理部、科护士长、护士长三级循环管理体系。病区护士长自查，科护士长对口查，督导组随机督查。

（一）质量检查体系及检查方法

1. 一级质控：以病区护士长为核心，成立由护士长和 2—3 名护理骨干组成的质控小组，建立科学质控制度，进行自我监控，要求建立科室质量检查、讲评登记本，每日检查，每周讲评一次。

2. 二级监控：由总护士长每天下科室，随机检查科室护理质量，检查结果汇总到《总护士长月质量检查小结》上。

3. 三级监控：护理部成立由护理部主任、总护士长、助理员组成的质控小组，对照医院质控标准，每季度进行质量大检查一次，检查结果记录在《护理部质量检查小结》或护理缺陷登记表上。

（二）午、夜、节假日查房

1. 护理部主任、总护士长、助理员参与护理部查房，节假日做到每日查房，平时午、夜做到每周查房一次，检查结果记录在《护士长夜查房登记表》上。

2. 病区护士长每 2 人为一组，由护理部排班，每周午、夜各查房一次，检查结果记录在《护士长夜查房登记表》上。

3. 病区护士长逢双休日、节假日要求对本科室每日查房一次，检查结果记录在《护士长工作手册》上。

（三）护理服务质量及满意度调查：由护理部主任确定每季度护理服务质量调查时间，由护理部组织人员利用晚上时间对住院病人分片统一进行调查，调查对象宜选择即将出院或住院时间较长的病人，每病室发放调查问卷 1 张，每病区发放调查问卷数占住院病人的 1 / 3。

四、护理质量管理评价

护理质量评价是保证的关键，也是护理质量管理的重要步骤，通过评定可以了解和掌握护理工作质量、工作效率和人员情况，为以后的管理提供信息和依据。

（一）护理质量评定的内容和指标

1. 护理质量评价

(1) 要素质量评价的着眼点是建立在护理服务的组织结构和计划评价上，即执行护理服务的背景方面，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：环境：病人所处环境的质量，是否安全、清洁、舒适，温度、湿度、清洁度等情况。护理人员工作安排：如是否选择合理的护理方式，人员质量（资历）是否合乎标准等。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。病房结构、病人情况、图表表格是否完整等。要素质量基本内容的几个方面，均应列入质量评价的范围。

(2) 环节质量评价 即护理过程评价。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。具体包括七个方面，即：正确执行医嘱方面；病情观察及治疗结果反应观测方面；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方面。

(3) 终末质量评价 评价护理服务的最终结果，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。根据现代医学模式要求，终末质量应从生理、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。

2. 护理质量评定的指标

(1) 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，护士平均床位工作量，开展床位数，收治病人数，平均床位工作日，重症护理日均数及重症护理率，一级护理（特护）工作指数，抢救指数，护理工作处置量，教学培训人次，科研革新数，论文撰写发表数，卫生宣教，好人好事，表扬批评人次等。

(2) 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，护理事故及严重差错控制率，陪住率等。

对护理质量做指标评审时，除应注意评审机遇要相等外，同时要注意分析被审对象的工作负担，人力结构，物资设备条件是否合理。尤其是人力结构，因为工作质量与人员的定额必须相适应，这是坚持实事求是质量管理的重要方面，同时要把与质量管理有关的质量指标进行统计计算。

(二) 护理质量的评价方法

1. 加强信息管理 信息是质量管理的重要基础，是计划和决策的依据。护理质量管理要靠信息的正确与全面，因此要注意信息的获取和应用，对各种信息流进行集中、比较、筛选、分析，从中找出干扰质量的主要的和一般的、共性的和特性的因素，再从整体出发，结合客观条件做出指令，然后进行反馈管理。

2. 建立健全质量管理和评价组织 质量管理和评价要有组织保证，落实到人。

3. 采用数理统计指标进行评价 应建立反映护理工作数量、质量的统计指标体系，使质量评价更具有科学性。但是，运用统计方法，要注意统计资料的真实性、完整性和准确性，注意统计数据的可比性和显著性。按照统计学的原则，正确对统计资料进行逻辑处理。

4. 几种常用的评价形式 常用的评价形式有同级之间评价，对上级工作评价，对下级评价，服务对象评价（满意度），随机抽样评价。

5. 评价的时间

(1)、定期检查 综合性全面定期检查评价：可按季度或半年、一年进行，由护理部统一组织全面检查评价。但要注意也要掌握重点单位、重点问题。专题对口检查评价：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。时间随任务内容而定。质量管理人员按质量标准定期检查。

(2)、不定期检查评价 主要是各级护理管理人员，质量管理人员深入实际随时按质量管理标准要求检评。

第四节 ISO9000 族标准与护理质量管理

采取科学有效的方法提高护理质量，达到患者期望的“疗效高、服务好、时间短、费用低”，是管理者们一直研究的课题，ISO9000 族标准作为质量管理和质量保证的国际标准，不仅为世界各国在企业管理上实现有序和有效的质量管理和质量保证提供了统一的标准，而且也为医院的全面质量管理和优质服务提供了可以借鉴的宝贵经验和指导方法。

一、ISO9000 族标准简介

(一) ISO (International Standard Organization) 是国际标准化组织的简称。“ISO-9000 族”是指由 ISO/TC176 (国际标准化组织/质量管理和质量保证技术委员会) 制定的国际标准。ISO9000 族标准是国际化组织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。2000 年版 ISO9000 族标准的机构为：①ISO-9000 质量管理体系—基础和术语，阐明了质量管理基本原则和各类术语的定义；②ISO-9001 质量管理体系—要求，提出了企业建立及实施质量管理体系要求，该标准也是企业认证所采用的标准；③ISO-9004 质量管理体系—业绩改进指南，强调改进组织的过程从而提高组织的业绩，同时也可用于评价质量体系的完善程度。该标准更注重以“顾客导向”为主的管理理念及服务对象的需求；强调 PDCA 的管理模式，着重预防危险的精神，其中“质量管理”和“质量保证”两类标准是 ISO9000 族的核心，ISO9004—2《质量管理和质量体系要素 第四部分 服务指南》是国际标准化组织 (ISO) 在 ISO9004—1 的基础上专门为服务业开展质量管理建立质量体系而制定的国际标准，适合医院采用。

(二) ISO—9000 族标准的指导思想 “写你应做的，做你所写的，记录做过的，检查其效果，纠正其不足”是推行 ISO—9000 族标准的指导思想。由过去上一级管理人员制定质量标准，员工被要求必须按标准做，改进为按顾客（病人）需求去设计，按设计去做，使员工认为“我应该怎样做”。因此可调动员工的积极性，不仅有助于护士在临床护理过程中注重服务的系统性，而且有助于护士在临床护理质量的自我反馈式检查，在贯彻“标准”中培养护士的质量意识，体现全面质量管理的思路。也能使护理人员明白做每一项工作的理论基础，才能更自觉地按作业指导书去执行，才能把工作做得更好，工作质量能有明显的提高。在持续质量改进中，应不断地根据病人的需求，改写所应该做的，确保所做符合规定要求，满足病人“明示的，习惯上隐含的或必须履行的需求或者期望”，甚至超越病人的期望，这是实行 ISO—9000 族标准的最终目的。

(三) ISO9000 族标准的特点

1. 强调以病人为中心，建立文件化的质量管理体系质量管理的中心任务是建立并实施一个合理的质量管理体系，这一质量管理体系有益文件的形式表达出来，而质量管理体系文件是进行质量管理，衡量质

量保证能力的重要依据。护理服务质量管理体系是为满足病人需求而建立的，病人是整个质量管理体系的核心。体系运作就是要以病人为中心，满足病人“明示的，习惯上隐含的或必须履行的需求或愿望”。在制定服务标准时，一方面考虑病人的需求，另一方面要执行法律法规和卫生部的有关规定，同时还考虑医院的条件，以确保标准能够实施和达到。服务的程序和方法要明确，注重可操作性。

2. 以质量管理八项原则为管理者工作方法八项质量管理原则是：以顾客为关注焦点；领导作用；全员参与；过程方法；管理的系统方法；持续改进；基于事实的决策方法；互利的供方关系。它是总结质量管理实践经验的结晶，是有效实施质量管理工作的理论基础和管理者进行质量管理必须遵循的准则。为管理者应关注重点、思想方法、工作方法和领导作风以及处理内外各种关系的正确思路。

3. 重点采用“过程方法”实施质量管理 “过程方法”即系统识别和管理组织内所采用的过程，特别是这些过程之间的相互作用。基于“所有的工作是通过过程来完成的”这一基本思路而制定的 ISO9000 族标准观点，一个组织的质量管理体系就是通过对各种过程进行管理来实现的。因此管理者应识别过程、管理过程、控制过程、改进过程，按照医疗护理业务流程编制质量体系文件。病人从来院就诊、住院到康复出院，其所接受医疗服务中影响服务质量关键过程是诊断、治疗等。在护理方面是操作、处置、专科疾病护理等过程，重点是护理程序过程，护理管理者应对护理服务质量形成过程的全部影响因素进行管理及控制，以确保病人需求和期望得到满足。

4. 强调持续质量改进 “标准”强调组织应通过质量方针、目标、审核结果，数据分析，纠正和预防措施以及管理评审，促进质量管理体系的持续改进。管理者通过识别质量特性—准备—调查原因—调查因果关系—采取预防或纠正措施—改进的确认—保持成果—持续质量改进，以不断达到顾客（病人）的满足。因此根据“标准”，当发现护理问题时，不是仅仅处理这个问题，关键应调查分析原因，采取纠正措施，检验措施效果，实施持续质量改进。

5. 强调全员参与，不断进行全员教育培训，使员工明确建立和实施 ISO9004—2（质量体系）的目的、意义、作用和方法，从而自觉参与质量管理。

6. 强调预防为主的原因，在整个医疗护理与服务活动中采取各种措施，制定各种职责与权限，规范各种操作程序，其最终目的是防止不合格服务的出现，以确保患者接受高质量的医疗服务。

7. 强调质量体系文件化，建立完善的、系统的、受控的文件记录保障系统，以使工作记录反映出工作运行真实状态，杜绝以往应付检查的“编、补、造”现象，一旦某一部分的某一环节出现问题，也可立即查到事情经过与直接责任者，使责任清楚，避免推诿，扯皮现象，这就要求每位员工在日常工作中，都必须认真严格，一丝不苟，爱岗敬业。

8. 强调质量体系的审核、评审和评价，在一定的时间内，对质量体系实施和结果不断进行“自我”诊断，及时发现存在的问题，及时改进。

（四）护理管理中运用 ISO9000 族标准意义

1. 是提高全体护理人员质量意识的有效方法 ISO9000 族质量管理与质量保证标准的贯彻、实施，是建立在自愿的原则基础上，出于管理者对自身质量问题的清醒认识和迫切要求。由过去上一级管理人员制定质量标准，员工被要求必须按标准做，改进为按顾客（病人）需求去设计，按设计去做，使员工认为“我应该怎样做”。因此可调动员工的积极性，体现全面质量管理的思路。在护理质量控制中导入“标准”，不

仅有助于护士在临床护理过程中注重服务的系统性，而且有助于护士对临床护理质量的自我反馈式检查，在贯彻“标准”中培养护士的质量意识。

2. 有利于提高护理管理者的管理水平 有调查表明，我国多数护理管理者管理知识不足，不懂管理理论与现代医院管理技术和方法，导致了管理低水平运转，ISO9000 族标准，有利于促进护理管理者学习运用先进的管理理论与方法，提高自身管理素质和管理水平。

3. 是规范护理行为，保障医疗安全的有效机制 随着病人保护自身权力意识的增强以及护理队伍新护士的不断增加，护理行为和护理过程的规范化问题已成为当务之急。管理者以现代质量管理思路为指南，规范护理服务及质量行为，按“标准”对护理技术和服务过程中每个环节进行设计，将多年行之有效的各种法律、法规、制度转化为系统的约束文件，形成有效文件，采取预防或纠正措施，防止不安全因素的发生。通过科学的、先进的质量管理体系运作、内部审核来检测护理行为的合法规范性。这既有利于提高护理的整体水平，也有利于保护护理人员职业权力，客观上将提高护理人员的法律法规意识。

4. 是护理质量控制的必要途径 “标准”的一个核心概念就是过程控制，按照质量形成规律进行质量管理，通过控制服务的形成过程，以保证服务的高质量。在实施护理过程控制中，护理人员站在病人的立场上不断了解分析病人的需求，识别护理过程，确定护理服务质量的特性，确定病人对服务和技术满意的标准，实施持续质量改进，以提供优质服务。因此，“过程方法”有效控制质量形成的每个过程，有利于监护护理过程质量，反映病人的需求，体现预防为主。“标准”将促使医院护理管理从以往的终末质量统计是管理向实时性的过程管理发展。

5. 有利于提高医院的综合素质 护理质量管理涉及到医院的各个部门和包括人在内的卫生资源，该标准对医院各级各部门的职责、职权、护理人员的关系以及物资的配置，利用等都提出了更高的要求。因此，实施系列标准有利于调动护理人员的积极性，增强责任感，调动钻研业务的自觉性，培养良好的职业道德，有利于落实规章制度、技术规范 and 标准，从而全面提高医院的素质。

6. 有利于提高医院的社会效益和经济效益 医院要保持良好的社会效益和经济效益，首先要吸引更多的患者来就医，为更多患者及社会团体提供更优质的医疗护理服务，把医院办成不单纯是养病疗伤的场所，而是一种文化交流和文化享受的场所，不仅在服务对象心理上形成良好的形象和较好的质量信誉，扩大医院的知名度，而且能提高社会效益和经济效益。

二、ISO9000 族标准八项质量管理原则在护理中的应用 八项质量管理原则是在总结质量管理实践经验的基础上用高度概括的语言所表述的最基本、最通用的一般规律，可以指导一个组织在长期内通过关注顾客及其他相关方的需求和期望而达到改进其总体业绩的目的。

（一）原则一：以顾客为关注焦点 以顾客为关注焦点是质量管理的核心思想。任何组织（医院）都依存于顾客，组织如失去了顾客，就失去了存在和发展的基础。因此，组织必须时刻关注着顾客的动向、顾客潜在需求和期望、以及对现有产品（服务）的满意程度。目的是可以根据顾客的要求和期望做出改进，以取得顾客的信任，从而稳定地占有市场，并能根据市场的变化动向做出快速反应，进而更多地占有市场。医院依存于病人，医院应把满足病人当前的和未来的要求并超越病人的期望的工作落到实处。“疗效高、服务好、费用低”是病人对医院的永恒要求。护理服务给予病人的已不仅是生活上的照顾和生理上的需求，而是心理和个性的满足，应做到一切从“顾客”的利益出发，“以病人为中心”最大限度地满足不同层次

的要求。护理管理者可通过问卷调查、电话、意见箱和随访等方式来了解病人的需要以及其需要的满足程度，并应确保将这些需求转化为组织的明确要求并通过建立并实施质量管理体系得以实现，如护理计划、护理效果评价，以良好的社会信誉去吸引病人。

（二）原则二：领导作用 领导作为决策者在质量管理中起着举足轻重的作用，作为一个领导者，应该提出目标，落实职能，提供资源，促进参与，检查绩效，组织实施改进。领导并不需要事必躬亲，但这几个方面必须亲自负责。关键是通过其领导作用及所采取的各项措施，创造一个能使全体员工充分参与的良好内部环境，因为只有在这种环境下，才能确保质量管理体系得以有效运行。护理管理者（护理部主任、护士长等）应以现代质量管理思路为指南，规范护理服务，规范质量行为，落实整体护理，并将健康教育落到实处，对出院病人进行跟踪随访，开展新业务新技术、护理科研，对护理中存在的难题寻求解决办法等，这些都需要领导做出决策，决策之后还要领导去组织落实，发挥每一位护理人员的积极性和创造性。

（三）原则三：全员参与 员工是组织的根本，产品是员工劳动的结果，质量管理体系需要员工充分参与。任何组织中最重要资源是该组织中的每一个成员，首先要使员工了解他们在组织中的作用及他们工作的重要性，明白为了完成目标自己要做什么，然后给予机会提高他们的知识、能力和经验，使他们对组织的成功负有使命感，渴望参与持续改进并努力做出贡献。每一位护理人员作为医院的代表与病人接触，其行为和业绩都直接影响医院的医疗服务质量。因此，要对他们进行培训和开发，让护理人员知道护理部的质量方针和质量目标、护理的宗旨和方向，知道为完成质量方针自己需要做些什么，知道本职工作的目标，也知道应该如何去完成，从而激励每位护理人员的积极性，使其能全身心地投入生产。

（四）原则四：过程方法 “过程方法”即系统识别和管理组织内部所采用的过程，特别是这些过程之间的相互作用。基于“所有的工作是通过过程来完成的”这一基本思路而制定的 ISO9000 族标准观点，一个组织的质量管理体系就是对各种过程进行管理来实现的。因此管理者应识别过程、管理过程、控制过程、改进过程，按照医疗护理业务流程编制质量体系的文件。要识别病人从来院就诊、住院到康复出院的全部服务过程，这些过程对服务质量都是有影响的。通常一个过程的输出将是下一个过程的输入，为使每个过程有序的运行，应合理安排过程的顺序，明确过程的衔接关系，如手术前、手术中和手术后的护理衔接，护理部主任、总护士长、护士长、护士和护理员之间的衔接关系，应明确资源、时间、方法等方面的关系。护理管理者应对护理服务质量形成过程的全部影响因素进行管理及控制，以确保病人需求和期望得到满足。医院多年来以方便工作为主，重视抓中间过程，起点与终点处于朦胧之中。医院质量管理要领悟过程模式，把起点与终点都放在病人身上。

（五）原则五：管理的系统方法 所谓系统方法，实际上是包括系统分析、系统工程和系统管理三大环节。它以系统地分析有关的数据、资料或客观事实开始，确定要达到的优化目标；然后通过系统工程，设计或策划为达到目标而应采用的各项措施和步骤，以及应配置的资源，形成一个完整的方案；最后在实施中通过系统管理而取得高有效性和高效率。

整个医院是个系统，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，“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，如护理人员应明白从对病人接诊、入院介绍、治疗处置、专科疾病护理到出院指导等过程的护理不同功能和相互协调关系，充分发挥和调控各个部门、每个过程和各种文件之间的体系效应，消除障碍和防止重复劳动，才能达到实现质量方针和质量目标。

（六）原则六：持续改进 持续改进从概念上不是指预防发生错误，而是在现有水平上不断提高产品质量、过程及体系有效性的效率。但在实施中是通过使用质量方法、目标、审核结果、数据分析、纠正和预防措施以及管理评审，促进质量管理体系的持续改进。质量改进是一种不间断的活动过程，没有终点，只有不断进取，不断创新，才能不断满足病人的需求。管理者通过识别质量特性—准备—调查原因—调查因果关系—采取预防或纠正措施—改进的确认—保持成果—持续质量改进，以不断达到顾客（病人）的满足。因此，依据“标准”，当发现护理问题时，不是仅仅处理这个问题，关键应调查分析原因，然后采取纠正措施，并检验措施效果，实施持续质量改进。整体护理是通过护理程序，即对病人评估、诊断、计划、实施、评价、改进来进行的，既是整体护理模式，也是持续质量改进的模式。所以说改进就是追求卓越，任何事情，第一次做就要做好，经过改进，一次比一次做得更好。

（七）原则七：基于事实的决策方法 所谓决策就是针对预定目标，在一定结束条件下，从诸方案中选出最佳的一个付诸实施。达不到目标的决策就是失策。基于事实的决策方法就是指组织的各级领导在做出决策时要有事实依据。这是减少决策不当和避免决策失误的重要原则。数据是事实的表现形式，信息是有用的数据。组织要确定所需的信息及其来源、它的传递途径和用途，要确保数据是真实的，对数据要进行分析而获得信息，对信息流要加强有效的管理，使使用者能及时地得到适应的信息。因此，护理管理者要对护理过程及服务进行测量和监控，如检查结果记录特别是不合格情况记录：护理差错事故报告表，病人褥疮情况报告表，输液、输血反应报告表，病人和家属反馈表，从中分析而得到病人满意和（或）不满意情况，病人要求的符合性，护理过程、护理服务的特性及变化趋势，供方产品过程体系相关信息等。通过利用这些数据分析，结合过去的经验和直觉判断对护理质量体系进行评价，做出决策并采取行动。

（八）原则八：与供方互利的关系 供方向组织提供的产品将对组织向顾客提供的产品产生重要的影响，因此处理好与供方的关系，影响到组织能否持续稳定地提供顾客满意的产品。在专业化和协作日益发展，供应链日趋复杂的今天，与供方的关系还影响到组织对市场的快速反应能力。因此对供方不能只讲控制，不讲合作互利，特别对关键供方，更要建立互利关系。这对组织和供方双方都是有利的。这种“双赢”的思想，可以增强供需双方创造价值的能力，使成本和资源进一步优化，能够更灵活和快速一致地对变化的市场做反应。护理服务过程所使用产品包括有形产品及无形产品，有形产品如药品、器材、物品、设施、设备；无形产品如分包服务（清洁、后勤等）。应根据采购的产品对护理服务结果影响的程度评价和选择对方，规定选择、评价和重新评价的标准。根据对供方的产品（服务）的结果进行重新评价，以作为对其质量监控手段，当重新评价结果确认为不符合要求时由供方提供改进要求，确定联合改进活动。共同创造一个通畅和公开的沟通渠道，及时解决问题，避免因延误或争议造成费用的损失。对供方和合作者做出的努力和成就进行评价并给予承认和奖励。

转变质量管理模式，逐步建立和完善系统化的质量保证与评价机制是实施以病人为中心的整体护理的重要保证。在医院改革与发展已经面临着一个极为关键的时期，质量作为商品和市场经济的产物，我国医院护理质量与质量管理应根据新的改革思路来“推行医疗护理服务技术管理和质量控制规范化、制度

化”，以实现“全方位的质量控制和护理安全管理”，无疑八项质量管理原则是最为理想和有效的抉择。

【实例分析】

某部队医院由于精简整编，军人护士逐年减少，聘任护士大量增加，随之带来的问题可能是影响护理质量提高，不能适应医院快速发展的需要。护理部对此非常重视，加大了管理力度，采取三级质控，适时进行质量监控，分析原因，改进工作，收到较好的效果。如何才能在现有基础上使护理质量稳中有升，得到持续改进，满足患者需求。请谈谈你的看法，应该在哪些关键环节上下功夫。

【参考文献】

1. 左月燃主编. 护理管理学. 第一版. 北京：人民卫生出版社，1997
2. 张培琚主编. 现代护理管理学. 第二版. 北京：北京医科大学出版社，2000
3. 李树贞主编. 医院护理管理教材. 第一版. 北京：解放军出版社，2001
4. 李晓雯，张春燕. 在护理质量管理中实施 ISO9004—2 标准的探讨，齐鲁护理杂志，2001. 7（9）：717—718
5. 李亚洁，王丽姿，王秀岚. ISO9000 族标准八项质量管理原则在护理中的应用. 中华护理杂志，2002. 37（12）：916—918
6. 李亚洁，王丽姿，王秀岚. ISO—9000 族标准与护理质量管理. 护士进修杂志，2002，17（7）：511—512
7. 关丽艳，吴文娟. 应用持续质量改进方法指导护理质量管理. 中华医院管理杂志，2000. 16（2）：93—94
8. 马晓华. ISO9000 在护理质量保证体系的应用探讨. 中华护理杂志，2001. 36（9）：685—687
9. 李加宁. ISO9000 标准与护理质量建设. 中华护理杂志，2001. 36（9）：683—685
10. 周枫. 护理质量管理发展的趋势. 现代护理，2002. 8（10）：798—799

（李武平 张敏）

第八章 护理业务技术管理

nursing technical administration

【教学目标】

识记

1. 复述护理业务技术管理的概念
2. 正确说明执行和制定护理技术操作规程的原则
3. 正确叙述护理业务技术管理的基本方法

理解

1. 说出护理业务技术管理的意义
2. 正确叙述护理业务技术管理的范围
3. 正确解释护理新业务、新技术管理的主要方法

4. 正确叙述 PDCA 循环管理在护理工作中的应用

应用

结合你的工作实践，论述你作为管理者如何对护理业务技术实施目标管理

第一节 概述

一、护理业务技术管理的概念

(一) 概念 护理业务技术通常是指临床护理专业范围内为实现护理目标和完成任务所开展的各项专业活动的总称。护理技术是实施各项护理业务活动所凭借的方法及能力。护理业务技术管理就是对护理工作的技术活动进行计划、组织、协调和控制，使这些技术能准确、及时、安全、有效地用于临床，以达到高质量、高效率目标的管理工作。

医院护理业务技术包括病人来院就诊过程中的全部护理活动内容，涉及范围广、内容丰富，护理业务技术管理是医院管理的重要组成部分，是护理管理的核心，也是衡量医院护理管理水平的重要标志。护理业务技术管理水平的高低、直接影响护理服务的效率和效果。良好的护理业务技术管理对于提高护理工作水平，促进护理学科的发展具有重要的作用。

(二) 护理业务技术管理的特点

1. 技术性 护理技术不是简单的生产工序，它是在全面掌握医学护理学知识的基础上，经过专业训练和反复实践而获得的一种技能，未经过系统学习和专业训练的人不允许在病人身上进行任何护理技术操作。因此管理上应由懂技术的人负责，注重训练及新技术的引进。

2. 责任性 护理工作的服务对象是病人，护理人员对维护促进和恢复病人的健康负有责任。护理工作一旦出现失误，就有可能增加病人痛苦，造成患者残疾甚至死亡。因此不论从道德上或法律上都要强调其责任性。管理上应加强护理人员的责任心教育并健全各种责任制。

3. 服务性 护理工作是为病人提供护理服务的，应当树立一切以病人为中心，以病人利益为出发点和归宿的服务思想，全心全意为病人服务。护理技术管理一定要明确为谁服务的问题，为了练技术而不顾病人痛苦，或只顾经济效益而不管病人利益的行为都是不允许的。

4. 社会性和集体性 护理技术管理不仅受社会环境、人际关系等各方面因素的影响，而且受经济规律制约。同时，由于现代医学的发展，医院中的任何工作都不可能由一个人独立完成，而是需要多学科、多部门之间的相互配合及密切协作。护理业务技术管理必须协调好内部与外部，纵向与横向的联系。

(三) 护理业务技术管理的原则 护理业务技术管理必须遵循以下原则：

1. 以病人为中心 坚持以病人为中心，千方百计满足病人的需求，不仅是临床护理工作

的基本要求，也是护理业务技术管理的基本原则。因此，所有的技术管理措施必须以确保各项护理业务技术准确、安全地用于病人，减少和避免病人不必要的痛苦为前提，以满足病人的需要为目的。

2.以提高护理质量为目标 护理技术运用得当与否直接关系到护理的效果。先进的技术如果运用不当，不仅不能取得预期的效果，甚至有可能给病人增加痛苦。因此护理业务技术管理工作必须紧紧围绕提高护理效果展开，从而不断促进护理质量的提高。

3.以基础护理技术为重点 基础护理知识和基本护理技术是护士必须具备的基本功。熟练掌握基础护理知识和基本护理技术是完成护理工作的前提保证。因此，基础护理知识和基本护理技术是护理业务技术管理的重点。

4.以提高技术的整体功能为前提 护理技术包括基础护理技术和专科护理技术。二者虽然都是护理治疗的手段，但所具备的功能各自不同。基础护理技术是解决病人一般性的问题，而专科护理技术则是解决病人的特殊问题。因此，只有在加强基础护理技术管理的同时，重视专科护理技术建设，并使二者保持均衡协调地发展，才能充分发挥护理业务技术的整体功能。

5、以新业务、新技术为先导 新业务、新技术不仅反映出一个医院的护理技术水平，而且对提高护理质量有着十分重要的推动作用。新业务、新技术开展的越多，表明医院的护理技术水平就越高，因此，护理业务技术管理应充分发挥护理新业务、新技术的先导作用，抓好新业务、新技术的引进和开展，促进护理科学技术的发展。

（四）护理技术管理的措施

1.建立技术管理的组织系统 护理业务技术管理与其他管理应是集中统一的。护理管理组织要健全，职责要明确，并应有相应的权力，以更好地发挥效能，保证技术管理的正常进行。护理部主任、科护士长，护士长应实行垂直领导，对于还不能实行垂直领导的单位，也要制定相应的措施，落实技术管理的责任。

2.技术管理要重视质量 为确保护理技术工作质量，要建立逐级检查制度，护理部对临床护理技术操作规程、专科疾病护理技术、规章制度的执行情况，对护理常规、消毒隔离、无菌技术的执行情况，要进行抽样检查和评价，护士长则更要监督检查。

3.重视人员培训，培养技术骨干 在技术干部的培养上要有计划，有目标，以适应护理工作发展的需要，要提高护理工作水平，就要进行全员培训，要注重组织各级护理人员业务训练，学习基本护理理论和现代医学新进展，认真抓好基本功训练，提高护理专业理论水平和技术操作水平，并要对人员进行定期业务技术考核，制定可比性的技术考核指标，认真评定考核成绩。建立护理业务技术档案，对护理工作情况和护士的业务能力、技术水平、科研成果、论文及工作经验等材料要有详细记载，作为使用、培养、晋升的重要参考依据。

4.运用现代化的管理手段无疑能提高管理水平和效能。电子计算机在护理管理中的应用,对于解决工作中的信息传输、存储、计算、统计分析等问题都会有重大变革和进步。随着护理学科迅速发展,护理文献急剧增加,各种管理方法的系统化、科学化、数量化,也要有与之相适应的管理手段。应用电子计算机,保密性强,便于管理;应用数据技术方便检索、分类及统计;实现计算机联网,资料共享,为管理现代化提供了广阔的前景。

二、护理业务技术管理的主要内容

(一) 护理诊疗操作技术的管理 在为病人诊疗过程中,有大量的技术操作需要护士承担,如导尿术、洗胃术、灌肠术、各种过敏试验、注射技术和引流技术等,这些操作的管理是在加强基本功训练及提高技术水平的基础上,制定技术操作规程,使操作规范化;并通过严格检查,监督其执行情况来加以控制。

(二) 基础护理技术的管理 基础护理技术是护理人员在实施护理服务过程中为病人护理、治疗最常用的、带有临床普遍性的基本业务活动和基本技能,包括病人出入院处置;各种床单位的准备;病人清洁卫生护理;饮食治疗和营养;病情观察;各种护理文件的书写等。具有技术成熟、操作比较简单,无需特殊设备,应用广泛的特点。在实施管理的过程中应根据这些特点加强对护理人员的教育,使教育形成制度并与培训相结合,不断提高护理人员对基础护理重要性的认识;制定基础护理技术规程使技术操作达到规范化;健全质量监控制度,认真组织落实,发现问题及时纠正措施,提高基础护理技术效果。

基础护理技术管理是临床护理管理必不可少的重要组成部分,也是发展专科护理的基础和提高护理质量的重要保证。

(三) 专科疾病护理技术的管理 专科护理技术是在基础护理的基础上,结合专科疾病的特点而开展的特定的护理工作。近年来,随着医学的发展,专科分化越来越细,专科护理技术也相应地向纵深发展自己的亚科,如除传统的内、外、妇、儿等科外,内科又分为呼吸、消化、血液、心血管、内分泌、肾病、冠心病监护等专科护理。专科护理技术具有专科性强,操作复杂,新技术多的特点,专科护理技术往往只限于本科,有的甚至只限于某一种疾病。而专科护理技术又多配有仪器设备,技术复杂操作难度大,要求高。同时随着科学技术日新月异的发展,并向医学迅速渗透,大量高、新、尖的技术被用于临床诊断、治疗和护理,不仅增加了治疗手段,而且提高了医院护理质量。这一点上专科尤为突出。管理上首先应根据专科疾病的特点,分别制定专科疾病护理技术常规,其次抓好人员技术培训和科研学术活动,善于敏锐地发现护理工作的新问题、新规律,注意学习诊疗知识,以丰富护理人员的临床经验。

(四) 急诊抢救技术的管理 医院常有大量急诊抢救病人就诊,护理人员必须掌握急诊

抢救技术。它包括由护理人员单独承担的技术，如给氧、吸痰、输血、胸外心脏按压、人工呼吸、止血包扎等，并包括与医生和其他医疗技术人员协作配合的业务技术。抢救技术的好坏直接关系到病人的生命安危。急诊抢救技术的管理，应在常规和标准化管理及技术训练的基础上，经常组织实践演练和考核，培养及提高应急能力，做好医护间、科室间的协调配合工作，强化护士长组织管理能力的培养，使之善于调配人力、物力，善于做好病人家属的工作，善于与有关部门进行工作协调等。

（五）消毒隔离技术的管理 随着现代医学理论和技术的发展，医院感染问题日益突出，它不仅严重影响医疗护理质量，增加患者痛苦和负担，而且成为现代医学技术发展的障碍，医院感染管理是当今医院管理中的一项重大课题，而各种消毒隔离技术的管理，是医院感染管理中由护理人员承担的基本措施，也是护理工作中最常用的基本技术。它包括清洁、消毒、灭菌技术、无菌操作、隔离预防技术等。预防和控制医院感染，贯穿于医院的各个环节、护理人员是预防和控制医院感染的主力军，管理是关键。

（六）危重症监护和其他监护的管理 监护病房是危重病人集中监护单元，具有较强的医护技术力量，应用现代化仪器监护、连续获得各种参数，不间断地观察病情，利用先进的医疗技术分析病情，做出最有效的及时处理，以防并发症，降低病死率，有利于对危重病病人的观察、护理和抢救，同时也有利于各专科相互联合、协作诊疗、从而提高医疗护理水平。

现已发展有多种监护病房，如危重症监护病房（ICU）、冠心病监护病房（CCU）、综合性 ICU（general ICU）等。在这类系统中，护理人员的作用很大，护理技术发展也很快，除了要求护理人员有良好的护士素质、扎实的基本功外，还要有较系统的专科知识和技术水平，有敏捷的分析判断能力，以适应工作的需要。一些先进的仪器设备的使用，也要求护理人员不仅要具备一般的护理知识和技能，而且要具有相关学科的知识，了解其工作原理，掌握其操作方法，以充分发挥仪器设备的作用。监护室护士要接受专门训练，以适应工作需要。

管理上应根据监护病房的类型，配备经过专门训练具有较高水平的护理人员，根据病情制定全面系统的护理计划并实施，建立完善的抢救监护记录、资料保管、设备使用等制度。

（七）整体护理技术的管理 整体护理是一项综合护理技术，它除了要求护理人员全面掌握上述各项技术和护理程序外，还要求了解心理学、伦理学、社会学、管理学等方面的知识。护理人员不仅要有良好的愿望和态度，而且要掌握一定的技术、技巧和方法。并对有关的护理诊断进行探讨。管理上应首先组织护理人员学习整体护理观念，护理程序及护理诊断的有关知识；其次要落实执行护理程序的组织形式、方法、步骤及要求等；确定责任护理中病房哲理，各岗位护理人员职责，评价标准及护理病历书写要求并组织实施；加强检查、监督、评价等工作。

(八) 护理协同服务管理 协同服务是护理人员之间、护理人员与各级医师、医技人员及后勤人员之间协调配合、协同操作的服务。是集业务、技术、服务、管理于一体的综合性工作。

管理上首先要教育护理人员认识医疗护理工作的集体分工协作性质，树立协作意识，不断提高素质；第二要注意建立协同服务的规章制度，明确协作各方的职责和“临界面”任务及处理原则，使协同工作规范化、制度化；第三要加强协同性技术操作训练，使配合熟练；第四应注意建立协同服务的评审制度，发现问题、解决出现的问题，使协同服务科学化。

(九) 护理差错事故的防范和处理 护理差错、事故是在护理业务技术活动过程中形成的缺陷，是业务技术管理的重要内容之一。造成差错事故的原因主要有：未执行工作制度或操作规程；业务生疏；玩忽职守、缺乏责任心等。

管理上应对护理人员加强责任心教育，预防发生缺陷；抓好专业训练，提高人员业务能力和技术水平；严格贯彻操作规程和各项查对等制度，使操作程序化、规范化；并注意抓好易出现问题的薄弱和关键环节，如新调入的护士、节假日或病人多、抢救时、人际关系不协调时等，使预防成为管理的重要内容；差错事故发生后要正确、及时处理，认真严肃、实事求是地对待，重在总结教训、接受教育。

(十) 护理信息的管理 护理信息管理是医院护理管理工作中的重要组成部分，是为提高护理质量和医院管理水平的一项基础性工作。信息能够为制定护理工作计划、科研计划、教学计划以及进行工作总结提供科学依据，也是考绩、奖惩、晋升、晋级不可缺少的参考资料。它包括收集资料、掌握护理业务发展动向、分析资料和信息、交流经验、加强业务技术资料和管理等，应设专人收集、统计、保管。

(十一) 护理技术的基础建设 主要包括：护理队伍的技术素质建设，如岗位练兵与技术培训、器材设备的保障如生命体征监测设备、监视通信系统及电子计算机的应用等，建立护理科研和技术实验室，引进开发新技术，加强医德医风教育造就思想过硬，技术过硬的护理队伍。

三、护理业务技术管理的意义和任务

法国管理学家亨利·法约尔补充和完善了泰罗制在科学管理中心的局限性。法约尔的组织管理理论认为要经营好一个企业，不仅要改善生产现场的管理，而且应当注意改善有关企业经营的一个个方面的职能，即：技术、经营、财务、安全、会计和管理，他将技术放在企业活动的第一位，对于技术的作用给予了充分的肯定。因此，护理业务技术管理是医院护理管理的重要内容，加强护理业务技术管理对提高工作效率和护理工作质量，确保护理安全、满足病人的需求具有重要意义。

(一) 加强护理业务技术管理，是护理科学技术发展的需要 护理科学的发展对护理工作的科学性要求越来越高，同时由于现代科学技术的成果广泛应用于护理工作领域，这不仅要求护理人员自身要不断提高技术水平，而且还要不断提高护理业务技术管理水平。护理技术水平在某种意义上讲对提高护理质量有决定性作用，护理业务技术水平的提高必须靠技术管理，为此，应遵循护理学科发展规律和护理对象的要求，一方面要积极组织护理技术的改进、开发和引进，不断推动护理科学技术的进步；另一方面还要加强对护理技术活动全过程中各个环节的管理，以保证护理技术安全、有效地服务于人类健康。

(二) 加强护理业务技术管理，是提高护理技术效益的需要 护理业务技术是护理人员为病人服务的基本手段。效果取决于护理技术作用的发挥程度，技术作用发挥得越好，护理效果也就越好。技术作用的发挥离不开科学的管理。如果管理混乱，再先进的技术也难以发挥作用。因此，要使护理科学技术的作用得到充分发挥，不断提高技术效益，就需要进行大量的细致的组织管理工作。

(三) 加强护理业务技术管理，是维持正常医疗秩序的需要 现代医院治疗疾病的一个重要特点，是诊疗手段多，使用的技术复杂，其中大部分都由护理人员实施，难度大，要求高，如监护仪、呼吸机的使用，气管切开病人呼吸道的护理等，如果缺乏强有力的管理，就容易发生工作忙乱现象，影响护理、治疗的顺利进行。因此，应通过建立工作程序、制订技术规范等措施，加强管理，以保证护理、治疗工作忙而有序。

(四) 加强护理业务技术管理，是提高护理质量的需要 护理质量是技术效果的反映和体现，管理则是技术取得良好效果的保证。仅靠先进的技术，而没有科学的管理，不可能取得好的技术效果，护理质量也无法保证。管理出效率，管理出质量，这是被实践证明了的。因此，在护理服务过程中，要想取得好的技术效果，达到高质量的目的，就必须抓好护理技术管理。

(五) 加强护理业务技术管理，是促进科室间协作的需要 现代医学科学的特点是专业分工越来越细，护理技术活动中跨学科、跨部门的技术问题越来越多，对技术协作的要求也越来越高。如抢救复合性创伤患者，就必须取得临床各相关科室、辅诊科室乃至全院各部门的支持和协作；而预防医院感染，除了医生护士要注意无菌技术外，还涉及到消毒供应科（室）的工作质量，以及卫生员的清洁卫生等。因此，只有加强技术管理，搞好科室间技术协作，才能保证护理、治疗准确无误、协调一致的进行。

护理业务技术管理的任务，既包括使已开展的业务技术活动功能充分发挥，并使之进一步提高完善，也包括业务技术的引进和发展。

四、护理业务技术管理的基本方法

(一) 技术循环管理 应用 PDCA 法实施循环式技术管理，循环式技术管理可分为定项循环管理、定位循环管理、按病种循环管理和按病例循环管理四类。

1.定项循环管理 把护理业务技术管理分为若干项目，逐项进行循环管理，这种循环管理适合于多层次、多部门护理人员参与的护理业务技术重点项目管理。其实施的程序是首先对将实施技术循环管理的项目进行调查研究，掌握必要的信息资料，经认真研究后，提出具体方案措施，专人负责监督执行情况，且发动所有参与人员主动参与管理，发现和提出问题，将实施一定阶段后进行综合分析和总结，提出最终改进意见而进入下一个技术循环管理过程。

2.定位循环管理 就是按每一种具体的技术工作岗位进行循环式管理。以护理人员在岗一个班为一循环周期。由于病房护理工作连续性的特点，将每一班次的护理业务技术活动纳入每一个业务技术管理循环周期，每个护理人员在进入自己的每一个业务技术管理周期时，要求有一个具体的计划，实施措施，自我检查和结果评价，发现存在问题，提出修改计划的建议作为下一班上岗人员修订计划的参考依据，从而有效提高护理工作质量。

3.按病种循环管理 各科室根据本科室接收病种的特点，对常见病、多发病的护理技术进行循环式管理。护理人员针对不同疾病种类分别计划不同的护理技术措施和方案，实施不同的护理。在实施护理活动中，执行者或上级管理者不断进行检查、评价、随时修订计划，以患者出院为一循环周期进行总结。科室根据长期反复的实践，对某种疾病的护理技术进行总结，有利于制定出某种疾病的标准护理计划等。

4.按病例循环管理 即对每一个病人的护理过程按循环式管理方法有计划地实施护理措施，不断改进护理措施，使病人早日康复。按病例循环管理，其管理程序上与护理程序基本相似，每一个循环周期实际上是完成一个护理程序的过程。技术循环周期的开始，是在了解患者护理问题的基础上，制定护理技术方案，实施护理措施，最后进行护理效果评价和必要的护理计划的改进而进入另一新的循环管理。

(二) 目标管理 目标管理是以目标为中心，以结果为向导的系统管理方法，德鲁克在1954年提出目标管理后，既成为工商管理的指标。目标管理是计划的有效执行。

1.目标管理的目的

- (1) 每位员工清楚地知道自己努力的方向。
- (2) 提供员工参与组织的机会，发挥个人潜能。
- (3) 客观的评价使员工有成就感。
- (4) 全体员工共同参与，向一个方向努力，使经营成效达到最高。

2.目标管理的特点

- (1) 目标管理是参与管理的一种形式。
- (2) 目标管理是将组织的总目标转换成各单位及成员个人的目标，目标的确定者也是目标的执行者，上下级协商一致，形成一个“目标—手段”链。

(3) 强调“自我控制”：因为我们管理的对象是社会性的“人”，因此我们“控制”的是行为的动机，而不是行为本身。目标管理基于人性行为的管理理论，主旨是“自我控制的管理”，它使管理人员能够控制自己的成绩。这种自我控制可成为强烈的动力，激励他们更好地完成目标。

(4) 强调“自我评价” 目标管理有一套完善的目标考核体系，员工可按照实际情况作自我评价，强调了执行者自我检讨执行过程中的缺点和错误，为下一步进行目标管理创造更好的条件。

3.目标管理的必要性

(1) 利于提高计划工作水平 目标管理使管理者根据目标制定工作计划，并同时考虑实现目标的方案。

(2) 利于调动下级的积极性和责任感 下级人员不是等待和执行上级指示、政策，而是每人都有个人目标，促使他们积极主动工作，并承担责任。

(3) 利于有效控制 目标管理使得考核目标明确，并作为管理者监督、控制的标准。对于在执行过程中出现的偏差可及时发现及时纠正，做到有效控制。

4.目标管理在护理业务技术管理中的应用 护理业务技术管理中的目标管理就是护理部确定整体目标，然后逐次分解为科室及个人目标，并签订目标责任书，形成合同文件，便于自控和考核。使每名成员均明确承担完成总目标的标准时间、具体责任，以保证总目标得以实现。

护理业务技术管理目标要根据医院的等级和医院护理人员的整体业务技术水平来制订，目标应具体、实际、客观，在预定时期内通过护理人员努力能实现。目标管理实施的基本程序是：①科护士长、护士长参与护理部护理业务技术管理总体目标制订；②将总体目标逐层分解，各病区护理人员参与本科室、本病区的分目标制定；③护理人员根据上级目标确定个人目标，形成大小目标，环环相扣，护理人员既了解上级目标，又明确个人目标；④执行目标，实行自我监督和控制，定期检查目标执行情况，朝着个人、集体的共同目标努力；⑤根据最后实现目标的情况，制订新的目标。这样，在护理业务技术管理中应用目标管理，体现了以目标为中心，全员参与管理，增强了参与者的责任心和压力感，保证总体目标的完成。而总体目标的制订体现了全院护理人员在一定时期内提高护理业务技术的努力方向。

在目标管理过程中，可采用以下方法进行严格控制：①自我控制法：制定目标流程图，编排任务实施程序以利于目标完成；②阶段控制法：护理部每月对科室目标检查，反馈信息，协助科室监督控制；③图表控制法：设置动态显示图，可直接反映各层次、各部门目标完成情况。经比较，表彰先进；④记分控制法：制定考评制度、月考评表、年考评记录，层层控

制。按月评分，按分取酬，使目标管理成效与个人奖惩挂钩，与岗位责任制相结合，控制目标的数量和质量。

5、实行目标管理时应注意的问题 护理工作的对象是病人，未来情况千变万化，一些目标的制定和量化更为困难，因此在护理工作中推行目标管理时应注意以下几点：

（1）管理者应对目标管理的优点和局限性有充分的认识。

（2）对各级主管人员和护理人员实施“目标管理”的在职教育。

（3）选择恰当的组织内目标。

（4）定期开会沟通，保持上下目标一致，防止偏差，在会议中给予下属支持，确保目标有效实施。

（5）保持坦诚相待的胸怀。

（6）严格执行控制步骤。

（三）分级管理 分级管理就是明确规定各级领导和各级护理人员的业务技术管理职责和权限，做到职责分明，事事有人管，保证各项护理业务技术顺利开展。在医院内护理管理人员可分为几个层次，护理副院长（护理部主任）、科护士长、基层护士长。

护理副院长或护理部主任主要负责护理技术管理任务中的全院性重大技术决定、统一制订技术常规、标准以及引进和开发重大新技术项目。科护士长、基层护士长主要管理本部门、本科室的护理业务技术工作，一方面按职责权规定完成本科室、本病房的业务技术管理工作，贯彻执行上级管理部门布置的工作任务；另一方面，还要对全科室护理人员进行具体指导，负责解决本科室护理人员所不能解决的技术问题。

为了加强各级护理管理部门的业务技术管理，应建立健全以下各项制度：

1.岗位责任制 它包括各级护理人员和各级职称护理人员职责。主要有护理副院长（护理部主任）职责、科护士长职责、护士长职责以及主任护师、副主任护师、主管护师、护士等职责，其中对各级人员的业务技术管理职责作明确规定。落实岗位责任制，可以保证护理工作顺利进行，减少护理业务技术差错，杜绝护理业务技术事故发生。

2.护理业务学习、考核制度 护理部对全院护理人员业务学习培训要有计划和考核办法。护理人员业务学习，可实行每月一次学术报告或全院业务学习，每年考核二次等，督促护理人员提高整体业务、技术水平。

3.护士长查房制 对护士长查房做出具体的规定，如科护士每月两次，护士长每周一次。查房的形式可以多种多样。单独组织，也可随同科室主任共同进行。落实查房制度，可以及时发现护理上的问题，实施业务技术指导，解决疑难问题，提高护理质量。

4.主任护师查房制度 由主任或副主任护师带领护士查房，同样解决技术关键问题。一

般一周一次，由下级护理人员提出技术难点，或结合教学查房，以解决技术问题。

5、护理部业务技术信息交流会议制度 护理部对全院重大技术信息及重要技术项目的实施，进行每季度或每半年召开一次专题护士长会议，通报进展信息或开展技术讨论。对外出进修、学习、参观以及参加各种学术会议的护理人员规定返院有书面汇报和口头汇报，必要时以专科或病房为单位进行汇报和体会介绍，以提高护理业务技术水平。

第二节 护理业务技术管理

一、制定护理技术操作规程的原则

护理技术常规规程是护理技术工作的规范，是开展护理业务技术工作的必要条件，是标准化管理的重要基础。常规和规程本身就具有技术管理的监督性质，制定常规和规程，是一项技术性很强的工作，技术常规和规程应基本上反映现阶段护理工作进展的水平及人们对客观的认识水平，要结合我国目前护理工作实际水平和医院具体情况来制定，护理部制定总的标准，各病房也要有具体要求，便于衡量和管理。

(一) 制定护理技术标准常规和规程的一般要求

1.加强理论研究 制定或修订规章制度，应具有一定的理论修养、政策水平、知识结构和思维能力，要提高对规章制度认识的理论水平，认识其本质、种类、功能、特点等，以便科学地制定和自觉地贯彻执行，减少盲目性。

2.掌握目的要求 规章制度是在调查和预测基础上形成的决策，制定时应具有各种依据。首先应具有理论依据，如相关政策、上级要求，有关病理病因等；其次应有现实依据，即实现需要性；以及具有社会心理依据，即执行者的心理承受力。总之要了解拟订项目的目的内容，可行性，要求以及所影响范围，可能产生的结果等背景。

3.文字准确简练 医院制度种类繁多，为便于执行、记忆，所订制度条目不宜过多。在不遗漏重要内容的前提下文字尽量准确、简练、严密。可按一定顺序排列，利于记忆。

4.体现民主参与 制定过程中使管理者、被管理者共同参与，即可集思广义，又利于贯彻执行，使其有群众基础。

5、遵循制定程序 ①根据有关依据提出初步草案：②由护理部组织有关人员讨论、补充；③试行；④在总结的基础上再修改、完善；⑤交决策部门审核批准；⑥颁布执行。

(二) 制订护理技术操作规程的原则

1.明确目的要求，制定的护理技术常规和规程要明确目的要求，要在基础理论指导下结合临床实践，根据目的要求制定操作方法和步骤，对需强调的注意点应有说明。

2.疾病护理常规和技术操作规程的具体步骤必须符合人体解剖、生理和病理的特点，有利于疾病治疗、避免增加病人痛苦。

3.各项技术操作必须严格执行清洁、消毒、灭菌原则。

4.各项常规和规程应条目简明、扼要，力求做到用数量化或用文字确切表达，便于记忆和执行。

5、各项技术操作必须有利于保证病人的安全。

6、必须有利于节省人力、物力、时间，消除无效动作，使病人舒适，符合科学性原则。

7、文字应简单明了，有条理、便于护士掌握及在临床推广应用。

（1）操作细则 将每项操作的用物准备及每一步操作方法按照程序详尽地写明，使操作者看了以后，按照“细则”就可以自行练习，掌握技术规范。

（2）操作流程图 根据集合概念的思维方式和逻辑推理的方法，依照操作的合理流程，编制每项操作的简易流程图，帮助护士建立良好的思维方法，清晰的记忆，有条不紊地操作。

（3）评价标准 ①制定每项操作的评价指标体系：依据每项操作的内容，确定 A、B 两级评价项目，后者是前者的分解式，每一条指标均有自己独立评分标准，并同步建立扣分细则；②赋予评价标准的权重：评价指标体系建立后，根据各项指标的重要程度，采用层次分析法，赋予 A 级评价指标权重并直接赋予 B 级指标分值，使考核评价具有客观、公正、科学性；③确定整体印象分：根据护士在整体操作中表现的素质及综合能力，给予一定的分值，起到通过基础护理技术培训全面提高护士素质的导向作用。

8、根据新业务、新技术的开展及时修订和补充。

二、执行护理技术操作规程的原则

（一）实施护理技术操作规程的要求

贯彻实施是制定规章制度的目的和归宿，在执行护理技术操作规程中应遵循以下原则：

1.护理管理系统各级组织，既是规定规章制度的部门，也是贯彻实施的领导机构，要通过各级领导成员认真组织贯彻实施，管理队伍要具有一定的护理业务知识和组织管理能力，在贯彻实施中加强管理，工作得力，以身作则，并能言传身教。

2.加强思想教育，提高执行各项规章制度的自觉性，定期组织在职护理人员的学习，特别是对于新参加工作、进修、实习人员，有必要进行集中学习，掌握各项制度的内容和要求，充分认识各项制度的重要性，必要性，树立良好的工作作风和认真负责的态度。

3.加强护理人员的基础理论、基本知识、基本技能的训练，掌握护理学科及相关学科的新进展，明确各项制度的科学依据，保证实施制度的完整性和准确性。

4.发挥行政管理者的检查、监督职能和护理人员的相互监督作用，规章制度是组织的纪

律，是各级组织促其成员克制个人欲望，努力共同完成任务目标的重要因素。贯彻实施时要一丝不苟，严管细管，持之以恒，杜绝有章不循。对模范执行者表扬奖励，对违反阻碍者违章必纠，对违反制度造成不良后果者严肃处理，各级组织成员应深入实际具体指导，检查督促，发现薄弱环节及时总结经验。

5、医院是一个有机整体，临床科室、辅助科室、仪器、设备、维修、物资材料供应、水电气维修等部门要密切配合，互相支持，行为动作保持统一才有利于规章制度的全面落实。

规章制度作为管理方法之一要注意与其它管理技术配套应用，以取得综合、整体、优化的设备，在使用中应与目标管理、行为科学方法、心理方法、质量管理方法、经济方法等多种管理方法配套应用。

(二) 执行护理技术操作规程的原则

1.执行护理技术操作规程的原则 ①选择和制定符合实际的技术操作规程，并逐步修改、完善、配套，形成统一的规定，便于检查和评价。②开展经常性的检查、监督，并与质量评定、技术经济责任制结合，形成制度。③护理技术操作是基本功，要作为护士在职教育重点，经常系统地抓好技术训练。④在执行具体操作前，应做好病人准备和物品器材准备，明确目的，懂理论依据，了解病情，不盲目执行。要认真查对，严格无菌操作，并在操作后注意病人反应，防止差错事故的发生。

2.执行疾病护理常规的原则

制定疾病护理常规的目的是为了加强质量控制，达到标准化管理，执行疾病护理常规时要注意以下几点：①要求护理人员要掌握各种疾病护理常规的内容及制定常规的理论依据，明确科学道理，在疾病护理中自觉执行护理常规。②在护理工作过程中必须严肃认真，根据疾病护理常规进行护理，不能任意改变，以免加重病情或发生意外，给病人造成不应有的痛苦。③为适应医学科学发展的需要，对疾病护理常规应及时进行修改和充实。④护理人员要掌握病情变化，加强护理，做到有的放矢。⑤护理人员应掌握病人的心理状态，依据病情和病人心理状态进行心理护理。

三、护理技术常规和规程的主要内容

(一) 护理技术操作规程 护理技术操作规程可分为三类，即：

1.基础护理操作技术规程 是对各科通用的基本技术制定的统一规范。如体温、脉搏、呼吸、血压的测定，无菌技术，各种注射采血技术，各种穿刺技术，导尿、灌肠、给氧、吸痰、标本采集等。

2.专科护理技术操作规程 是根据各不同专科的特点，制定的各专科护理操作技术的规范。如烧伤护理，糖尿病及并发症护理，产后出血护理等。

3.特别护理技术操作规程 是对要专门进行培训，组织专门人员从事的护理技术的规范。如危重症监护、血液透析、腹膜透析等。

(二) 疾病护理常规 疾病护理常规可以分为三类，即：

1.特殊症状护理常规 指各种疾病均可出现的共同症状，如昏迷，高热，呼吸困难，黄疸，头痛等。

2.各科一般护理常规 是指根据专科疾病的共同点，从中找出疾病发展的规律而制定的常规，如内科病人的一般护理常规，外科病人的一般护理常规，肿瘤病人的一般护理常规等。

3.各种疾病护理常规 是根据每一种疾病的特点制订的各项具体护理常规，如糖尿病的典型症状是三多一少，急性肾小球肾炎的主要临床症状是血尿、尿少、浮肿、高血压等。根据这些疾病特点，结合制定常规的原则，制定各种疾病护理常规。

四、护理资料档案管理的主要方法

护理部应设专人或指定一名成员分工负责资料的收集、登记和保管工作。

1.收集资料

(1) 收集本院和护理部印发的材料，科室上报的护理材料等。

(2) 收集院外交换或学术会议交流的资料。

2.建立资料登记本 将各种资料收集后盖护理部章。在登记本上按规定格式用钢笔逐项填写，其他登记表和索引卡也可按照需要自行设计。

3.建立保管制度 平时按分类顺序，分卷、分档存放。每年进行分类，分册装订后长期保管。保管中不得换页、丢失、涂改或拆散。

4.借阅资料 一律须办理借阅手续，阅后应按期归还。

5、建立统计登记表 登记好人好事、差错事故、出勤、科研成果、论文等，并应每月统计登记，按年度制表。从此表中应反映出护理工作质量和护理人员健康状况、业务水平等。

五、护理新业务新技术的管理

(一) 概念 新业务新技术的概念有广义和狭义之分，广义的概念是指在国内医学领域里近十年来具有发展新趋势的新项目以及取得的新成果和新手段，狭义的则是指在本地区、本单位尚未开展过的项目和尚未采用过的手段。护理工作如何紧密适应各相关学科的发展，加强护理新理论、新知识、新技术的研究管理，是指高医疗护理质量的重要保障。

(二) 新业务、新技术的管理措施

1.建立资料档案 开展新业务、新技术的资料，包括设计、查新、应用观察和总结等，应及时进行整理并分类存档。

2.护理部应成立护理新业务、新技术管理小组，由护理部主任负责，吸收开展新业务、

新技术较多的科室护士长、护士参加，开展业务攻关和新业务引进工作。

3.对于拟引进的新业务、新技术，必须经过查新和论证，保证引进开展的新业务、新技术的先进性、可靠性、安全性。

4.护理新业务、新技术立项后先报护理部审批同意，再呈报院学术委员会批准；本单位研究成功的新技术，新护理用具必须经过护理学术组和院内外有关专家鉴定，方可推广应用，作好应用效果评价及成果报告；对已确定开展的新业务、新技术要制定实施方案，组织有关护理人员学习，通过培训明确目的、要求，掌握操作规程、注意事项等。

5、护理部应组织护理人员参加护理新业务、新技术的学习，并且鼓励各级护理人员参与护理有关的新业务、新技术学习讲座，掌握新技术应用的理论基础；鼓励创新，引导创新，使新业务技术得以持续开发和应用。

6、新业务、新技术应当以病人为中心，从病人利益出发，有利于病人的治疗和康复，取得良好的社会效益和经济效益。

【实例分析】

某省卫生厅组织护理专家到某医院突击检查急诊抢救工作，发现抢救现场秩序混乱，护理人员抢救技术不熟练，抢救程序主次不清，医生急得满头大汗，大声斥责护士。检查组人员看到这种情况非常镇静地告诉护士不要着急，应该按照专科疾病抢救预案的程序一环扣一环地配合医生的抢救工作。请分析造成这种被动局面的原因是什么？作为急诊科护士应具备哪些方面的素质才能胜任本职工作。

【参考文献】

1. 周三多等编著. 管理学—原理与方法. 第三版. 上海：复旦大学出版社，1999
2. 张培珺，赵炳华.现代护理管理学. 第二版. 北京：北京医科大学出版社，2000.
3. 余剑珍主编. 护理管理学基础. 第一版. 北京：科学出版社，2003
4. 董恒进主编.医院管理学. 第一版. 上海：上海医科大学出版社，2000
5. 杨英华主编.护理管理学.第一版. 北京：人民卫生出版社，1999
6. 林菊英主编.医院管理学护理管理分册.第一版. 北京：人民卫生出版社，2003
7. 左月燃主编.护理管理学. 第一版. 北京：人民卫生出版社，1997
8. 李树贞主编.医院护理管理培训教材. 第一版. 北京：解放军出版社，2001
9. 林菊英主编. 中华护理全书. 第一版. 江西：江西科学技术出版社，1993
10. 李丽传等. 护理管理.第一版. 北京：科学技术文献出版社，1998
11. 石 敏等. 现代护理管理创新思路的探讨. 护理管理杂志，2002,1（2）：38—42
12. 赵若华等. 改革护理业务管理模式 深化护理服务内涵. 中华现代临床医学杂志，2003,4（1）：367

（李武平 王小方）

第九章 护理人力资源管理

Nursing Human Resource Management

【教学目标】

识记

- 1.正确陈述人力资源管理的原则。
- 2.简要概述护理人力资源配备的原则
- 3.正确阐述护理人力资源考核的方法及内容

理解

- 1.用自己的语言正确解释下列概念
人力资源 人力资源管理 护理人员的绩效考核
- 2.举例说明我国目前护理人力资源管理过程中存在的问题，并提出你自己的解决策略

应用

- 1.运用本章所学知识，结合我国临床护理实际情况，系统论述如何有效地使用护理人力资源？
- 2.如何以护理工作量为依据，为科室合理配备护理人员？并运用实例进行计算

一般而言，护理人力占医院总人力的三分之一左右，护理人力资源能否满足工作需求，护理人员的能力和潜能能否得到充分发挥，与护理工作质量有着密切的关系。那么，如何对护理人力资源进行科学管理，以达到护士的分层使用，充分调动和发挥护理人员的主观能动性，提高护理工作的系统性和科学性，促进学科水平的提高，是摆在护理管理者面前亟待解决的、十分现实而又紧迫的难题。

第一节 护理人力资源管理的意义及原则

一、人力资源及人力资源管理

“人力资源”（Human resource）一词的出现约在 1970 年以后，并逐渐取代“人事”或“人力”等狭隘的字眼，这种转变正是由于发达国家在过度强调物质与财政资源之后，认识到了人在组织中的关键地位后出现的。

所谓人力资源，是指一个组织所拥有的用以制造产品或提供服务的人力，是劳动能力的集合。在当今知识经济时代，人是一个组织中最重要资产，人力资源是一个组织在激烈的竞争中生存、发展的特殊资源，组织的成败主要取决于该组织的人员配备是否合理、能否充分发挥人的积极性。

人力资源管理（Human resource management）也称人员管理或人员配备（Staffing），它是指以科学的方法使人与事进行适当的配合，最有效的发挥人力的作用，促进企业的发展。也就是对人力资源进行有效开发、合理利用和科学管理。人力资源管理基本上要解决的问题是：寻找合适的人员，为其安排合适的工作，为了更好地完成工作对其进行培训和指导，提供良好的工作环境以激励员工，并保持这种激励，以使企业和员工获得回报并得到承认。

二、护理人力资源管理的意义

护理人力是指在医疗体系中能够提供保健、护理服务的护理人员，这些人员必须由正式护理学院毕业，并获得专业执照，能执行护理工作。

护理人力资源管理是指以某一特定的护理模式执行护理工作时，能保证提供足够合格的护理人员，使患者得到适当且安全的照顾，并确保护理工作能产生意义及令人满意的过程。

随着社会主义市场经济体制的建立和逐步完善，医院改革面临的主要矛盾是医疗卫生资源的浪费和医院补偿不足并行，改革的思路是充分利用现有的、有限的卫生资源，建立优质、高效、低耗、富有生机和活力的运行机制。为此，许多医院确定了紧缩编制、定员定编、减员增效等原则，这势必会影响护理人员的编制。护理人力资源管理的意义就在于在护理人员紧张的情况下，能保证每位护理人员都得到合理使用，并获得令人满意的护理效果。

护理人力资源管理是一个过程，它主要包括制定人力资源规划、增加或减少护理人员、对在职护理人员进行合理安置、培训及考核，并根据考核结果决定晋升或奖惩。只有采用合理、科学的人员编制测算方法，对护理人力进行科学规划，才能保证编制数及群体结构中各类人员配置合理、符合工作需求。只有通过护理人员的绩效考核，才有利于发现、选聘最优秀的护理人才，将其充实到护理队伍中来；可以根据考核结果安排他们合适的岗位，并给予相应的待遇，做到人尽其才，调动他们的积极性、主动性和创造性；绩效考核也能够激励护理人员以更高的工作热情和责任投入到为病人服务的工作中。只有通过培训，才能不断提高护理人员自身的综合素质，一方面能满足病人的护理需求，另一方面也能满足护理人员自身的精

神需求；另外，只有通过人员管理，才有利于护理人员的合理流动，以适应不断变革的形势的需要。

三、护理人力资源管理的原则

（一）以系统化为原则 护理人力资源的管理工作是一项系统化的工程，护理人员的筛选、配备与使用、培训及考核之间是相互联系、相互作用的系统，是紧密联系的整体。通过考核，才能选聘到优秀的护理人员，才能对护理人员进行合理使用，才能为护理人员的奖惩提供依据，并且，考核的结果也有助于决定护理人员的培训内容与目标。所以，管理者应重视选聘—使用培训—考核之间的有机结合。

（二）以公平竞争为原则 在护理人力资源管理上，管理者是否能做到公平，对其下属的工作积极性及工作态度有很大的影响。在选聘、使用、晋升职务、推荐进修、委派任务时，只有奉行公平竞争的原则，为护理人员提供一个公平竞争的环境，才能得到最合适的人才，也才能充分调动护理人员的积极性和创造性。

（三）以扬长避短为原则 人各有所长，各有所短，管理者在管理过程中，应遵循扬长避短的原则，以发扬人之长，避免人之短，使每个人都能在自己的岗位上发挥最大的才能，以保证获得最佳的护理效果。如有的护士反应敏捷、技术操作娴熟，则可以安排到急诊科、手术室或重症监护病房工作；有的护士业务能力强，技术操作娴熟，如果不善于管理工作，也不能安排到护士长的岗位上。

（四）以责、权、利一致为原则 责，即所承担的责任；权，即权利；利，即利益和待遇。在人员管理过程中，管理者必须遵循责权利一致的原则，有足够权利的人必须承担所负的责任，同时也必须拥有相应的利益和待遇，反过来说，也只有拥有了权利，才能担当起所负的责任。相应的利益和待遇可以调动积极性，保证组织目标的顺利完成。所以，管理者必须保证三者一致，避免权责不明和权责利相矛盾。

（五）以明确职责为原则 护理部主任、护士长、护士及护工均有自己不同的职责，在人员管理过程中，要求各级护理人员都要明了自己的责任和任务，了解自己工作的重要性。这样，不仅可以保证护理工作的完成，也有利于对护理人员进行考核与培训。

目前我国护理人员受教育情况及职责范围简况见表 9—1。

第二节 护理人力资源的合理配备及使用

据 2000 年统计，我国护士总数达 112 万多人，但床位与护士之比仍不到发达国家的 10%，面对这样一个护士严重短缺的状况，如何才能做到既满足病人的护理需要，又保护护理人员的工作积极性，提高护理质量，是摆在护理管理人员面前的又一个严峻考验。

一、护理人力资源配备的原则

护理人力资源配备就是对护理人员进行恰当而有效的选择，使人员与工作达到最完美的匹配，保证护理工作的正常进行，实现为病人提供高质量护理服务的目标。护理人力资源合理配备应遵循以下几条原则。

（一）以满足病人需要为原则 满足病人的护理需要是护理人力资源配备的最基本的原则。虽然各级医院的性质、规模、任务不同，每个科室的设置、技术装备及建筑布局也不尽相同，但其目的都是为病人提供最优质的医疗护理服务，所以，在护理人力资源的配备上应以满足病人护理需要为基本准则，在护理人员的数量、质量、整体结构（职称、学历、年龄、护龄结构）等方面充分考虑病人的需求，以利于护理目标的实现。

（二）以结构合理为原则 护理人员的配备不仅考虑数量，而且还要考虑合理的人员整体结构比例，这是保证工作状态稳定，保证各级各类人员优势互补、各自发挥所长的基础。结构合理主要包括管理人员与专业技术人员；高、中、初级专业技术人员；老、中、青不同资历的护理人员；护士与护理员；临床护理与教学、科研人员；不同学历的护理人员的比例等，都应配备合理。

（三）以经济效益为原则 在护理人力资源的配备问题上，将经济利益考虑在内也是护理管理人员的重要职责。在人员配备上进行组织优化，使不同年龄、不同个性、不同能力的护理人员充分发挥个人的潜能，做到优势互补，最大限度地发挥人力资源的效能，以最少的投入达到最大的效益。

（四）以动态调整为原则 在现代社会，护理管理体制、制度及机构等方面在不断的进行着改革，这客观上也要求护理人员的配备要遵循动态

表 9—1 我国现有护理人员受教育情况及职责范围

技术职务	专业教育 前基础	受专业教育情况及资历		职责范围
		学历	学制、资历	
护理员	小学或初中	无	短期培训（3 个月至 1.5 年）	协助临床护士做生活护理
护士	初中毕业	中专	3 年或 4 年	临床护理（以技术操作为主）
	高中毕业	中专	2 年	
护师	高中毕业	中专	中专后临床工作 5 年以上	临床护理 临床带教 护理管理 参加护理科研
	中专后临床 工作 2 年以上	大专	2 年脱产或 3 年部分脱产 临床工作 3 年	
		大专	中专后成人自学高考合格， 临床工作 3 年	

	高中毕业	大专	脱产 3 年	
	大专后工作 2 年以上	大学本科	专科转本科、脱产 2 年或部分脱产 3 年	
	高中毕业	大学本科	5 年或 4 年	
	大学本科	研究生班结业或硕士学业	3 年	
主管护师		中专、大专或大学本科	护师任职 5 年以上	临床护理、护理教学 护理管理、护理科研 护理刊物杂志编辑
	大学本科	研究生班结业或获第二学士学位	护师任职 3 年以上	
	大学本科	硕士学位	护师任职 2 年以上	
	硕士毕业	博士学位	2 年	
副主任护师		大学本科（大专学历突出贡献者）	主管护师任职 5 年以上	
	硕士学位	博士学位	主管护师任职 2 年以上	
主任护师		博士学位	副主任护师任职 5 年以上	

态的原则。所以，护理人力资源的管理要保证护理人员能出能进、能上能下，不断进行合理流动，这也是保证护理组织结构合理，并最大限度的发挥经济效能的一个关键环节。

二、护理人员配备的方法

（一）国外护理人员的配备方法 国外有关专家根据患者的护理需求，提出了护理人员编配的计算方法：

$$\text{护理人员数量} = \frac{\text{平均每位患者每天所需的护理时数} \times 365 (\text{天}) \times \text{床位数} \times \text{占床率}}{\text{每日工作时数} \times \text{每年实际工作天数}}$$

这里关键问题是确定护理时数，如果能根据“患者的护理需要”，确定出患者所需的护理时数，然后就可以根据护理时数，计算出最经济的护理人数。但评估患者所需护理时数，要受到病床使用率、病人严重程度、特殊护理、直接护理、间接护理及所需专业人员数量等多方面的影响而难以预估，近几十年来，美国护理界的专家一致推荐实施“病人分类”，即根据病人在特定时间内所需护理需求的等级而将病人进行分类，该等级一般是根据病人每天所需护理的时数而定。这样的计算方法有许多优点，如可以提供各单位、各班别所进行的护理类别的指数；提供护理收费标准；长期监测病人类别及所需护理活动；预测病人的护理需求等等。

通过评估患者的照顾需要，以累计的护理时数为标准，可以将患者分为不同的等级，如三等级、四等级等，详见表 9-2。

表 9-2 各种患者分类比较表

分类					
专家姓名	I	II	III	IV	V
Georgette	0.65	1.35	2.0		
Harris	1.58	2.53	2.79	3.27	4.47
Edgecore/Cash	2.73	4.2	5.7	8.5	
Medicus	0.2	2.4	4-10	10plus	

Cash 的具体分类方法见表 9-3。

表 9-3 CASH 分类法

项目	所需总时数	所需注册护士 护理时数（小时）	所需其他工作人员的 照顾时数（小时）
IV	8.5	5.5	3.0
III	5.7	3.4	2.3
II	4.2	2.4	1.8
I	2.73	2.23	0.5

从上表中可以看出，不同等级的病人所需护理时数是有差别的。IV类患者所需的照顾最多，如重症监护病房的患者；III类的患者次之；II类患者需要一般性的照顾；I类患者只需少许的照顾即可。

美国麦迪克斯系统（Medicus systems）计算机公司与美国圣路加医学中心合作编制的罗斯麦迪克斯量表一病人分类系统（rush medicus tool-patient classification system; RMT-PCS）至今已在美国几百家医院用

于护理人力资源的管理，做到了根据病人护理工作量的需求，安排护士在班人数，科学合理地利用了护理人力资源。

此外，国外还提出依据护理工作量确定护理人员数量的方法，但计算方法相对繁琐，而且其计算的结果与上述方法基本相同，所以，应用者较少。

(二) 我国护理人员的配备方法

1.按卫生部颁布的《编制原则》编配

我国卫生部 1978 年颁布的《综合医院组织编制原则试行草案》，对我国综合医院的组织机构和人员编制做了具体规定，按此原则计算医院人员编制的方法延用至今。

(1) 病床与工作人员之比 一般根据医院的规模和承担的任务分类

300 张床位以下的医院：1：1.30~1：1.40；

300 到 500 张床位的医院：1：1.40~1：1.50；

500 张以上的床位的医院：1：1.60~1：1.70。

(2) 各类人员的比例

行政管理和工勤人员占 28%~30%；卫生技术人员占 70%~72%（其中医师占 25%，护理人员占 50%，其他卫生技术人员占 25%）。医院中卫技人员、行政管理人员、工勤人员的比例及卫技人员中各类专业人员的比例，见表 9-4

表 9-4 医院中各类人员的比例

卫生 技术 人员	其中						行政 管理 人员	工勤 人员
	医师	护理 人员	药剂 人员	检验 人员	放射 人员	其他 医技		
70-72%	25%	50%	8%	4.6%	4.4%	8%	8%-10%	18%-22%

(3) 护理人员的工作量 卫生部确定的每名护理人员担当的病床数见表 9-5

表 9-5 每名护理人员担当的病床工作量

	每名护理人员担当的病床工作量		
	白班	小夜班	大夜班
内外科			
妇产科	12~14	18~22	34~36
传染科			
眼、耳鼻喉、口腔科			
皮肤科	14~16	24~26	38~42
中医科			
小儿科	8~10	14~16	24~26

(4)病房以外科室护理人员的配制 《编制原则》规定

门诊护理人员与门诊医师之比为 1：2；

急诊室护理人员与医院总床位之比为 1：100~1.5：100；

婴儿室护理人员与病床之比为 1：3~1：6；

供应室护理人员与病床之比为 2：100~2.5：100；

手术室护理人员与手术台之比为 2：1~3：1；

助产士与妇产科病床之比为 1：8~1：10。

此外，以上各科室每 6 名护理人员增加替班机动人员 1 名。

近年来，国内各省市医院根据医院分级管理标准和对医院的需求，在某些特种科室也配备了护理人员，如血液透析室、内镜室、高压氧舱、CT 室等。

(5) 护理管理人员的配备

一般每个科室设护士长 1 名，病床多，可设副职。

300 张床位以上的医院可设专职护理副院长，并兼职护理部主任，另设副主任 2~3 名。

病床不足 300 张，但医、教、研任务繁重的专科医院，设护理部主任 1 名，副主任 1~2 名；其他 300 张床位以下的县和县以上医院，设总护士长 1 名。

100 张床位以上或 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 1 名。

2.按工作量配备 具体计算方法如下

我国计算护理工作量是依据分级护理要求的内容，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，再以平均时数为依据进行计算工作量。目前，大多数综合医院都根据南京护理学会 7 所医院于 1980 年测定的标准，即一级护理病人，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 张床日平均护理时间为 13.5 小时。如有机动、抢救、特殊护理时应增加护理时间。

公式 I

$$\text{应编护士人数} = \frac{\text{各级护理所需时间总和}}{\text{每名护士每天工作时间}} + \text{机动数}$$

按公式 I 计算时，机动数一般为 20%~25%，包括因各种假期缺勤人数

例：某科床位 40 张，其中一级护理人数 6 人，二级护理人数 16 人，三级护理人数 18 人，则该病区应编护理人员数为

$$\frac{(4.5 \times 6 + 2.5 \times 16 + 0.5 \times 18 + 13.5)}{8} \times (1 + 20\%) = 13.39$$

公式 II

$$\text{应编护士人数} = \frac{\text{病房床数} \times \text{床位使用率} \times \text{平均护理时数（分）}}{\text{每名护士每日工作时间（分）}} + \text{机动数}$$

其中平均护理时数 = 各级病人护理时数的总和 ÷ 该病房病人总数

$$\text{床位使用率} = \frac{\text{占用床位数}}{\text{开放床位数}} \times 100\%$$

卫生部规定的病床使用率是：一级医院 ≥60%；二级医院 85%~90%；三级医院 93%。

每名护士平均每日工作的时间为 8 小时

机动人数一般按 17%~25% 计算，这是对全年法定假日、护士的产假、病假等缺勤的补充

例：某医院内科病房 50 张床位，平均床位使用率为 93%，每名病人平均护理时数为 170 分钟，则该病区应编护士人数为

$$\frac{50 \times 93\% \times 170}{480 \text{（分）}} \times (1 + 20\%) = 19.76 \approx 20 \text{（人）}$$

3. 按工时单位计算护理人员编制

计算公式

$$\text{应编护士人数} = \frac{\text{床位数} \times \text{床位使用率} \times \text{每名病人日均所需护理时间}}{\text{每名护理人员日有效工时单位值}} + \text{机动数}$$

工时单位是指完成某项工作所消耗的平均工时，通常以分计算。每人每小时完成的工时单位称工时单位值。最理想的工时单位值为每小时 45 个工时单位。因此，每名护理人员日有效工时单位值为 360 个工时单位，即每天的实际有效工作时间为 360 分钟。

例：某三级医院外科病房 50 张床位，每个病人日均所需护理时数为 170 分钟，则该病房应编护士人数为

$$\frac{50 \times 93\% \times 170 \text{（分）}}{360 \text{（分）}} \times (1 + 25\%) = 27.45 \text{（人）}$$

目前，国内外评估标准不一，如何参照国外先进的方法，找到适合我国开展的整体护理需求的护理人员编制方法，是将来应该努力的方向。

三、护理人员的合理使用

在确定了实现护理目标所需要的护理人员数量后，如何科学地使用他们，使他们每个人的聪明才智得到充分的发挥，并且保证最大限度地发挥护理群体的效能，最大限度地提高工作效率，是摆在护理管理者面前的又一重大考验。所以，护理管理者必须做到合理使用护理人员。

（一）实行竞争上岗，充分体现护理人员的价值 在坚持国家技术职务干部任职条件的基础上，应打破专业技术职务聘任终身制的作法，按各科室规定的岗位、职数进行聘任。实行民主、公开、平等、竞争、择优的原则，对护理业务能力强的护士实行高聘，对能力差的护理人员实行高职低聘，真正做到分层使用，充分体现护理人员的自身价值，这不仅有利于增强护理人员的自信心和工作积极性，而且还有利于

护理队伍的稳定。

（二）明确护理岗位，真正做到责、权统一 在我国的部分医院，从事非护理工作但仍占护理编制的问题仍然存在，这不仅造成了真正从事临床护理工作的人员的短缺，也间接影响了护理质量。要合理使用护理人员，就必须与医院管理部门合作，下大力度解决此类问题。

（三）人员合理流动，保证护理组的结构优化 从护理总的编制人数来看，护理人力资源是短缺的，但具体到每个护理岗位也存在忙闲不均的问题，有的护理岗位人员超编，而有的护理岗位人员短缺，解决此类问题的关键是护理部人员要树立全局的观念，对全院护士的情况做到心中有数。

有些科室可能由于新业务、新技术的开展，导致非预期的病人数增加，也可能由于护理人员突发疾病或各类假期等，导致暂时性的人力资源相对不足，管理者应及时协调科室间的护理人力，保证工作量大、危重病人多的科室能够得到合理的人力支持，充分发挥人力资源的作用。

另外，还应该注意解决护理人员老化的问题，及时更新护理队伍，保持护理组的结构优化。

（四）严格奖惩制度，提高人员素质 护理工作的性质决定了护理人员必须有高度的责任心和自觉性，稍有疏忽就会威胁到病人的生命。所以，管理者在加大教育力度的同时，还应该实行严格的奖惩制度，对工作成绩突出者，给予表扬、奖励，促使每位护理人员都明确自己的职责所在，更加努力地工作；对存在缺点的护理人员应及时批评，指出其错误所在，当然要让接受批评者明白，不满意的只是他的工作，这样，才能做到受批评者乐于接受批评，并避免同样错误的发生。

（五）科学排班，提高护理质量 为了合理、有效地使用护理人员，保证工作到位，管理者应根据本科室的人员结构、工作性质科学排班。一方面保持了各班工作量的均衡，使病人得到及时、正确的治疗和护理，另一方面保证了在一定时间内护理人员的稳定，保证了护理人员休息及学习的时间。

第三节 护理人员的绩效考核与培训

一、护理人员的绩效考核

绩效考核（Performance appraisal; PA）是护理管理者评价护理人员的工作表现、个人的优缺点，评价所设定的工作目标执行完成情况，进而采取预防和矫正措施，促使护理人员改进工作的一种方法。自从1970年美国最高法院决定以工作绩效考核作为甄选、升迁、调职的依据以来，绩效考核已经被广泛使用，凡是人事考核、工作表现、行为态度等均以此为控制的工具。医疗护理管理也普遍使用绩效考核协助护理管理工作。

绩效考核是一项持久的程序、连续性的评价，在本质上是呈周期循环的，它要求考核者要本着慎重的态度、尊重的心理去评价护理人员的所有工作表现、工作态度和行为、仪表与举止等等。另外，如果护理人员和管理者能够共同制定目标和标准，并能做到相互沟通，就会有助于护理人员目标的实现。

（一）绩效考核的重要性 绩效考核对考核者和被考核者有不同的目的和重要性。

1.对于考核者来说

- （1）考核所获得的资料，可作为护理人员甄选、使用、提拔和奖惩的依据；
- （2）考核所获得的资料，可作为管理者制定岗前培训、在职教育和培训的目标和标准；
- （3）绩效考核的标准，可以作为选择新进护理人员的依据，也可以为护理人才库提供人才资料。

2.对于被考核者来说

（1）考核的结果，有助于护理人员对自我的成长和工作表现有正确的认知，从而起到自我省思、自我警惕的作用。

（2）护理人员可以依据绩效考核标准，建立自我期望标准，从而在工作中不断激励自己。

（二）绩效考核的内容 绩效考核可以说开始于上岗，终止于离职。它建立于每项工作的职责、职权和职务的基准之上，在护理目标、护理宗旨的大原则下，涵盖了护理人员的行为、仪表态度。考核的具体内容应与各级护理人员的职责相符，并做到每个护理人员都清楚明了考核的内容和标准。

1.德：政治思想品德和职业道德

2.能：创新能力、科研能力、组织管理能力、表达能力、解决实际问题的能力

3.勤：工作态度，事业心，责任心，组织纪律性

4.绩：工作成绩、成果和贡献

（三）绩效考核的方法 考核的方法有很多，应根据考核的目的和对象合理使用。常见的方法有以下几种

1.评语法（essay）

考核者对被考核者的情况以评语的方式写出，这是一种非正式的方法，主要以肉眼观察为基础。如可以观察被考核者面对讨论或协调时的能力；在开会时的反应和表现；可以了解被考核者对患者及其家属的影响力等等。该方法的优点是简单易行，缺点是带有主观和直觉成份，尤其是当上级对下级缺乏了解时，

评价会趋于一般化。

2.评分法(rating)

按照护理人员各种岗位职责和操作技能的要求,设计出不同的分数进行评定。评分法又可分为数字评分法、字母评分法、图表式评分法及描述性评分法。见表 9—6。

表 9—6 评分法

评分法	数字评分法	字母评分法	图表式评分法	描述性评分法
内容				
分	1	A	从不	正确而完整的
	2	B	偶尔	正确但不完整
	3	C	时常	欠正确但完整
数	4	D	经常	欠正确稍完整
	5	E	总是	不正确不完整

3.考核表法 (checklist)

该方法是从图表式评分法衍生出来的,但是采用二选一方式,对考核项目,考核者只对被考核者的表现逐栏在“是”或“否”处打√即可。

4.目标管理法 (management by objectives)

管理者与护理人员共同制订工作与行为目标,要求制订的目标具体、可测量、量化,以避免评价的主观性,管理者定时按目标进行考核。此方法的优点是因为护理人员加入了评价自己工作的行列,可以激励他们自我认知、自我成长、自我控制,并增强他们的自信心;另外,在考核上也比较客观。缺点是制订目标时费时较长。

总之,护理管理者无论采用哪一种考核方法,其最基本的态度是:公平、公正、客观、真实、省时、经济、实际、合适、可接受,从而真正达到考核的目的。

二、护理人员的培训

护理人员培训是护理人力资源管理的重要内容之一,它是指在完成护理专业院校基础教育后,为了培养合格的临床护理专业人才,而对在职护理人员进行的规范化培训。目的是使护理人员始终保持高尚的道德风尚,不断提高专业工作能力和业务水平,以适应护理学科发展的需要。

(一) 护理人员培训的内容

1.职业道德教育 主要包括护理道德、护理伦理、护理人员的行为规范与社会责任,以及护理人员的素质要求等。

2.护理基础理论与技能 主要指完成护理任务所必需的基本理论知识、护理操作技能,属于护士的基本功训练,也是专科护理的基础。

3.专科护理理论及技能 为了适应现代医院拓展新业务、新技术的需要,护理人员还必须掌握专科护理理论知识及技能,这是成为既具有专科理论知识,又具有临床工作经验的护理人员的必备条件。

4.管理、教学、科研能力的培养 一个合格的护理人员,不仅要能胜任本职的护理工作,还应该具有现代护理管理能力、教学能力及科研能力,这是高素质护理人才必备的能力。

5.外语能力 随着社会、经济的发展,对外交流将越来越频繁,外语作为对外交往的工具,其重要性不言而喻。所以,作为 21 世纪的护理人员,必须掌握一门外语,以扩大国际交流,缩短我国护理水平与国外的差距。

(二) 护理人员培训的方法 面对现今复杂多变的环境和服务对象,护理人员需要不断接受教育和培训,这不但可以增加他们的护理专业知识、减少护理差错事故的发生,而且可以增加工作士气,为病人提供高水平的护理服务。护理管理者必须为护理人员的成长负责,他们必须通过多种途径,满足护理人员受教育的需求。常见的护理人员培训方法有以下几种

1.岗前培训

岗前培训是引导护理人员在开始时就朝正确方向前进的重要环节。其一是医院环境的介绍,一个好的环境介绍可以降低新毕业或新调入护理人员因不熟悉环境而引起的焦虑;其二是介绍医院的特性、特殊的工作规则及职责、所在单位统一的护理操作规程、护理文书书写规定等。好的岗前培训是保证今后工作的基础。

2.在职教育

在职教育主要是利用本医院的教学资源进行。其方式有

(1) 医院内科室轮转: 为扩大护理人员的知识面,使他们能掌握各专科的护理技能,护理部可以制订计划,使全院护理人员分期、分批的到内、外、妇、儿科、急诊科、手术室、重症监护室等轮转学习。

(2) 工作中培养: 利用床边教学、护理查房、病例讨论等方法在工作实践中培养护理人员,提高

他们的护理操作技能及解决问题的能力。

(3) 参加培训班及读书报告会： 护理部就某一专题，组织短期培训班，如整体护理、护士长管理培训班等；定期组织全院护理人员进行读书报告会，介绍护理新理论、新技术的发展，并鼓励个人之间交流心得，达到共同提高的目的。

3.持续教育

持续教育主要指利用院外的资源对护理人员进行的教育培训。包括到国内外更高一级水平的医院进修或参观，或者参加国内外学术研讨会。

4.个人自学

个人自学是培养护理人员的一项非常重要的措施，任何人想要有所作为，都离不开自学这条途径，这是人们获取知识的重要方法。自学内容可以由护理管理者根据工作的实际需要或发展的需要指定，另一方面，也可以参加全国成人自学考试。

5.学历教育

护理管理者制订培训教育计划和目标，有计划地选送护理人员脱产学习，以获得更高水平的学历和学位。这是培养护理专家，提高护理学科的专业水平及护理服务质量的关键一环。

第四节 护理人力资源管理存在的问题与策略

随着社会的发展，人们健康意识的增强，社会对护理人力的需求也会增强，这种需求不仅体现在量上，更体现在质上。护理管理者已经意识面临的挑战，他们在关于护理人力资源的问题上进行了大量的研究，取得了较好的成绩，但纵观我国护理人力资源状况，我们认为还存在一些问题需要解决。

一、护理人力资源不足及对策

据 2000 年 6 月份统计，我国的护理人员总计 1218836 人，约占卫生技术人员总数的 27.6%，平均全国每千人口拥有护士人数 1 人。卫生部曾调查了全国 210 所医院，结果显示护士缺编的医院占被调查医院的 93.3%，平均各医院护士缺编数为 84 人。按有关文件要求，医生与护士之比为 1: 2，在调查中，未达标者占 94%。因此，我们可以看到，目前摆在每个护理管理者面前的突出问题就是社会对护理需求的提高与护理人力资源不足的矛盾，而且这个矛盾已经相当尖锐，如果人力资源的问题不解决，这一矛盾有可能会更加激化。解决这一问题的有效途径是扩大护理人员招生规模，加大培养力度，但通过教育培养护理人员需要一定的周期，而且还牵涉到许多方面的问题，不是一朝一夕就能得到解决的。那么，在目前的状况下，如何采用科学的管理方法，保证护理人力尽可能满足社会对护理的需求呢？

(一) 加强思想素质教育，减少护理人力资源的流失 思想是事业的基础，要稳定护理队伍，减少护理人力资源的流失，避免现存矛盾的再次激化，思想素质教育必须摆在第一位。

广泛开展素质教育，教育广大护理人员正确认识护理工作的性质，热爱护理事业，坚信护理事业是人类崇高的事业，热爱病人，牢固树立为病人服务的思想，忠于职守，勇于战胜困难，树立为护理事业献身的精神。

(二) 应用网络技术，实现动态调配 在护理人力资源较紧缺的情况下，对护理人员进行动态调配，使护理人员的编制由过去的固定状态变为一种动态的、能及时适应临床需求的状态，以求达到合理配置和充分利用护理人力资源的目的。

某军队医院的方法是，指定专业层次较高的护理人员，由他们测定住院病人按护理级别每日所需常规护理项目的消耗时间、护士执行每条医嘱的消耗时间、每日间接护理项目所消耗的时间，利用军卫一号工程网络资源，开发了“护理人力资源动态调配系统”。该系统能够保证护理部每日从计算机上浏览各科排班表，了解当日人员数及班次情况。而且该系统可生成每日各班实际人员数据与应配人员数据，并通过两个数据的比较显示各科每班缺少或多出的人数，为护理部提供准确、快速的科学数据。护理部根据系统显示的数据，可每日给予劳动强度与工作量大的科室补充流动力量，完成基础护理，使劳动量与强度相对均衡，有效地调动了护理人员的积极性。

有单位采用通科护士和专科护士相结合的配置方法。通科护士是一批知识丰富、技术娴熟、适应能力强的高素质护士，他们能适应临床各学科的需要，由护理部直接管理和调配；专科护士是指具有较强的专业知识和技能的护理人员，他们相对固定在某一个科室，主要由科室管理。首先对近几年全院各科室病人的收治情况进行统计，计算每个科室在收治最高峰时所需护理人员的数量。其次，计算出科室完成年平均工作量所需的护理人员数量，结果发现，最高峰值的 60% 护理人员数量即可完成年平均护理工作量。那么，在调配时，只配给峰值的 60% 护理人员作为科室的专科护士，另外的 40% 根据科室的收治周期或突发情况，调集通科护士进行动态补充。这样，可以保证全院护士工作量的基本平衡。

也有的单位通过调整护理高峰时段的护理人力，力求护理人力资源的动态调配。如根据病区工作的特点，确认在 5~9Pm 和 6~10Am 这两个时间段护理工作量最大，那么，在排班时就可以适当多安排一名护士。

(三) 运用新技术，实现护理人力资源“增值” 医疗科学技术的发展，为医疗护理质量的提高提

供了强有力的支持与保证。目前,各种新理论、新技术、新设备不断应用于临床,许多科室在技术的支持下,开展了新业务、新项目。护理部可以很好地利用这个平台,对全院护理人员进行新技术、新理论、新方法的培训,使护士真正掌握新的技术和设备,真正改变护士单纯手工操作的局面,使护理工作由体力型向智力型、劳作型向科技型转变,提高单位护士的工作效率,实现护理人力资源的“增值”。

(四)充分发挥现有护理人员的潜能 科学技术的迅猛发展,在增强人类自身能力的同时,也使得人类的潜能有了充分发挥的舞台。在目前的情况下,如何充分发挥护理人员的潜能,成为了考验一名护理管理者能力的一个环节。如果能使现有护理人员都充分发挥自身的潜能,那么,在一定程度上也可以缓解护理人力资源的不足。

让B级的人从事A级的工作,给他们制订稍超出自身能力的目标,以给他们适当的压力。如对不同层次、不同职称的护理人员明确规定科研目标,以压力促使他们潜能的发挥。让护士分担护士长的部分管理工作,以充分发挥年轻护士有朝气、有热情、有自我实现需求的潜意识,使他们感到工作充实,富有挑战性,激发他们的工作积极性、创造性和主动性。

二、护理人力资源浪费现象及对策

目前的情况是,一方面护理人员资源非常缺乏,而另一面又存在着资源的极大浪费。主要表现在:第一,护理人员的有效工时较低。护理工作的有效工时是指花费在具有“面对面”服务特性项目上的时间。据调查显示,护理人员床边服务时间仅占日工作量的 56.23%,在病房的工作时间仅占 62%,这充分显示出护理人力资源较低的使用效率。第二,各科室工作量的不均衡。有的科室人员紧张,工作量大,劳动强度大,而也有的科室人浮于事,造成人员不必要的浪费。第三,人力资源的能级浪费,没有分层次使用护理人员。据调查发现,虽然各级护理人员的工作侧重点不同,但在多数操作项目上却没有明显的层次区别。这说明分级护理管理尚没有在护理操作项目上得到体现。针对此类问题,应采取以下几个方面的对策

(一)突出以病人为中心的人力资源投资方向 现代护理的工作对象是病人,护理目标是为病人提供全面的、系统的、整体的综合性服务。所以,每位护理工作都应该明确自身的职责所在。护理人员应该意识到自己的岗位是在病人身边,是为病人提供面对面的医疗、生活、心理等全方位的服务,从而将自己的工作重点自觉地放到病房;护理管理者应该将护理人力资源投资到病房,保证为病人的护理服务的人力资源花费更多。

(二)建立护士档案库,明确职责 据 2000 年统计,在全国的 121.88 万名护理人员中有 5%的护理人员不在护理岗位,4%以上的护士从事非护理工作,这是对护理人力资源的极大浪费。为避免此类浪费现象的发生,管理者可以建立全院护士档案库,明确护理人员的职责,使那些占有护士编制而又不从事护理工作的人员及时归队,减少护理人力资源的流失。

(三)加强支持系统,提高护理人力资源利用率 现代护理理念认为护理的独特职能是医院内任何其他部门都不能替代的,而调查发现,目前护理人员将相当大的工作时间用于在病房外的工作,造成用较高的护理人力成本换回较低的劳动收益,这也是一种浪费。所以,管理者应采取多种措施,加强各部门之间的配合与合作,建立新的分工合作关系,要求后勤一切以病房为中心,一切为临床服务,将护士从护理专业工作以外繁杂的、非专业性的事务中解脱出来,减少护理人员间接护理工作负担,全身心投入到整体护理工作中去;对部分低层次、非技术性的护理工作,可让护工去做,提高护理人力资源的利用率。

(四)合理使用高层次护理人才 实行分级管理,转变目前分工不明、职责不清的状况,使不同层次、不同职称的护理人员从事不同的护理工作,并制订不同的考核目标,尽量降低护理自身的消耗。如护理员主要协助护士为病人进行生活护理;护士主要从事以护理技术操作为主的临床护理;护师主要从事临床护理、临床教学、护理管理,并参加护理科研工作;高级职称的护理人员除了承担和护师相同的职责外,还要负责对年轻护士的培训与引导,并适当从事护理杂志编辑的工作。

三、适应社会需求的培训体系的缺乏及对策

随着社会的发展,虽然广大护理人员已经认识到了学习的重要性,但由于护理人员的短缺以及病人疾病严重程度增加,使护理人员离开病房去参加教育的时间愈来愈少,而新知识的获得对护理人员来说又是不可间断的,如果不重视对护理人力资源的培训,将影响护理质量的提高和护理学科的发展。但是目前我国尚未形成一套适应社会需求的培训体系,这在一定程度制约了护理学科快速发展。

(一)加强管理,保证护理人力资源培训的真正落实 首先,管理者应该充分认识护理人力资源培训的重要性。应从战略的角度将护理人力资源的培训看作一项系统工程去思考、设计和实施,给予必要的经费投入和时间保证;深入实际了解不同学历、工龄和职称护士的培训需求,采取各种办法尽量满足。据调查发现,中专护士希望提高临床工作能力,大专及大专以上护士希望提高临床带教和科研能力。还可以将培训与任职、晋升、考核相结合,建立健全管理制度,使护理人力资源培训管理逐步走上规范化、法制化轨道。

其次,健全培训机构。护理人力资源培训要充分依托高等医学院校和医院优势学科,建立培训基地,把基本素质高、专业技术能力强的护理人才吸引到护理师资队伍中来,并给予先进教学方法的指导,以保

证护理人力资源培训的成效。

(二)积极探索多层次、多途径的培训方式 WHO 在 1992 年强调指出:各成员国都必须高度重视护理教育,并建议把最基本的护理教育放到大学中进行。我国护理高等教育已开展多年,但由于规模较小,基本教育层次提高缓慢,中专护士仍是我国护理队伍的主体,再加上许多医院缺乏规范化培训,继续护理教育并未真正得到落实,致使护理队伍整体素质较低。

首先,应大力发展高等护理教育事业,将护理人力资源的基本教育定位于大专学历;其次,开展多种形式的成人高等教育。根据不同层次护士的需求,有针对性地安排继续教育的内容和形式,争取接受继续教育的广泛性与多层性,争取继续教育内容的多元性和实用性。可以将脱产、半脱产、函授及自学等方式结合起来,并根据实际情况,安排短期培训、专题讲座、外出考察、长期培训、疑难病例讲座会、学术会议等,以真正提高护理人员的素质。

四、缺乏合理的测算人员编制的方法体系

我国护理人力资源的配置与使用,目前尚未达到科学、合理的要求。国家卫生部 1978 年发布的《综合医院组织编制原则试行草案》,适用于城市综合医院、医学院校的综合性附属医院和县医院。《医院护理管理学》中介绍的按实际工作量计算护理人力的方法,其中护理各级病人所用的护理时数均为固定不变的平均值,没有体现在实际工作中个体需求的差异,而且在所列求各级护理时间平均值的项目中,也并非每日、每个病人都必须执行的内容,同时,一些专科护理内容也未纳入统计,这样确定的工作量与实际工作量之间存在很大的差距。目前美国广泛使用的罗斯麦迪可斯量表在病人分类、测定护理工作量方面确有推广应用的价值,但还需要结合我国的具体情况进行修订。

在我国,为了更加科学、合理地配置与使用护理人力资源,护理专家从多方面结合本院的实际工作情况,或根据整体护理模式对配置方法进行了研究,提出了各自的观点。周荣慧等以卫生部 1978 年《综合医院编制试行办法》为蓝本,结合各个科室的工作量,并借鉴国内外医院的经验制定了各科护理人员编制。普通病房每 4 张床设 1 名护士,每 40~50 张床设 3~4 名治疗护士,每 60~80 门诊人次设 1 名门诊护士,每张 ICU 床设 2~3 名护士,每张手术台设 3 名护士,承担教学、科研任务的科室设 1~2 名教学、科研护士。神经内科、神经外科、儿科等护理工作量的科室在人员编制方面给予一定的倾斜。特殊专业科室根据工作量或岗位特点进行配备。

【实例分析】

某医院神经内科采用目标管理方法管理病人和护理人员,并有效地进行质量控制,使神经科病房管理逐步趋向于规范化,护理质量得到了保证。具体做法是

1.病人分类管理

按轻、中、重、危、急、缓进行分类:一类为需要急诊抢救的病人;二类为危重症病人;三类为病情稳定,术后需监护和择期手术的病人;四类为恢复期病人。根据每类病人的护理重点实施护理,并选派合适的护理人员。如对危重症病人选派责任心强、业务水平好的护理人员承担。

2.护理人员的管理

将全部病人分为两组,两名护士长各负责一组,主班护士负责全科医嘱处理,治疗班护士负责全科治疗准备工作,临床班护士负责全科被服管理,其余人员全部分组承包病房。

2.1 按病人类别决定分管床位的多少

二、三类病人根据病情一般分管 3~6 张床位;四类病人 12 张。

2.2 对承包范围内的病人,全部工作内容由承包人员负责完成,责任、任务明确。

2.3 对护理人员的派班实行科学、合理、实际、机动的方法。根据病房病人总数及病情的轻重、缓急程度及时调整分管床位及各班人员,每班分管床位是根据客观实际工作量来及时调整,重点在保证护理质量。

3.体会

3.1 加强了基础护理和临床护理工作的水平:对病人的治疗护理做到了心中有数,能够主动、有计划地根据病人的情况管理好病人,危重病人无一例褥疮发生。

3.2 提高了危重症急诊病人的护理质量:各种并发症减少,护理质量不到位的现象明显减少。

3.3 改善了护患关系,缩短了护患距离,增加了护患间的沟通与交流,避免了功能制护理只完成工作内容,不管病人的现象。

讨论题

- 1.分析该医院神经内科护理人力资源管理有何特点?
- 2.神经内科进行了哪几方面的改革?改革的依据是什么?
- 3.你是否赞同案例中护理人力资源管理的工作方式?试说明理由?

【参考文献】

- 1.周三多,陈传明,鲁明泓编著.管理学—原理与方法(第三版).上海:复旦大学出版社.2001
- 2.李丽传等著.护理管理.北京:科学技术文献出版社.1998
- 3.李维安主编.管理学精要(亚洲篇).北京:机械工业出版社.1999
- 4.杨英华主编.护理管理学.北京:人民卫生出版社.1999
- 5.姜小鹰主编.护理管理学.上海:上海科学技术出版社.2000
- 6.张培琚编著.现代护理管理学.北京:北京医科大学出版社.2000
- 7.潘绍山,孙方敏,黄始振主编.现代护理管理学.北京:科学技术出版社.2000
- 8.何国平,喻坚主编.实用护理学.北京:人民卫生出版社.2002
- 9.周敏.我院护理人力资源配置现状分析及其思考.现代护理.2001,7(12):46~47
- 10.朱晓燕,吕伟波,郭俊等.医院护理人力资源培训需求调查.中华护理杂志.2002,37(12):919~921
- 11.钱亚珍,章惠娟,杨光耀.以病人为中心合理利用护理人力资源.浙江临床医学.2000,2(8):575
- 12.刘晓荣,张鹭鹭,周秀华等.西北地区军队医院“有效护理工时”描述性分析研究.解放军护理杂志.2002,19(4):16~18
- 13.周曾同,周鸣,沈美兰等.对护理工作有效工时的分析研究.中国卫生资源.1998,1(4):165~167
- 14.徐素珍,杨志萍.护理人力资源合理利用的思考.护理研究.2001,15(6):346~348
- 15.刘燕玲,张秀英,席延荣等.利用网络技术对护理人力资源动态管理的研究.南方护理杂志.2000,7(6):46~47
- 16.黄霞,裴礼模,王永平等.合理调配护理人员提高护理工作效率.护理研究.2000,14(5):219~220
- 17.李红,张琼瑶,王小平等.病房护理人力管理系统的开发及应用.护理学杂志.2001,16(5):262~263

(张银玲)

第十章 护理信息管理

Nursing information Management

【教学目标】

识记:说出护理信息系统的概念

理解:解释护理信息系统的主要工作内容有哪些

第一节 卫生信息化

信息化建设是一个全球性的热点问题,信息高速公路成了人类争夺未来的起点,一场信息革命正在席卷全球,这场革命的主要目标是实现任何人(包括集体)在任何时间、地点都可以传递或获取他所需要的各种媒体信息;主要内容是实现人类各种信息交流形式,包括数据、文字、图形、声音和影视的数字化、计算机化和网络化,以利于信息的交流、存储、检索、传播、利用、再处理和管理。

一、卫生信息化概念:

卫生信息化是指在国家统一计划和组织的推动下,在卫生组织中广泛运用现代信息技术(计算机,多媒体、网络、通信等),充分利用各种卫生信息资源,促进医疗卫生技术的开发、推广与应用,促进卫生服务能力、创新能力的提高,促进组织结构、功能的变革与信息文化的发展,加速卫生服务现代化的过程.卫生信息化是一个大的整体概念,是国家信息化的一个重要组成部分。

二、卫生信息化发展现状

1993年美国总统克林顿提出的建设全美信息高速公路计划轰动全球,各国竞相仿效,积极参与这一国际大行动.世界各主要国家都在积极推进信息化建设的进程,以获得信息化社会的主动权来全面推进国家的发展.目前我国卫生信息化规划的现状大力推进卫生信息化是我国现代化建设的重要战略决策.已制定了《国家信息化“九五”规划及2010年远景目标(纲要)》,并确立了“国家主导、统一标准、联合建设、

互联互通、资源共享”的 24 字方针。随后，许多省市又结合地方的特点和要求，纷纷制定本省市的信息化建设规划；各地区、部门、行业、企业也在制订本地区、本部门、本行业、本企业的信息化建设规划。各地卫生单位建立的计算机网络和计算机应用管理系统，为信息资源的开发利用提供了现代化的技术手段，也为自身提高运营效率、管理水平、服务质量和减轻工作量发挥了巨大的作用，充分发挥卫生系统有限的信息专业人员的聪明才智，创造各种条件提高他们的专业水平和管理水平。继续在卫生系统内普及信息科学技术知识，增强卫技人员和管理人员的信息化意识操作技能，并产生了较好效益。

当前，计算机网络的发展突飞猛进，应用领域日益广泛，网络化已成为计算机发展的必然趋势。我国开始实施的“三金工程”——金桥、金关、金卡工程，并以此为依托，开展了金锐、金卫、金企、金农、金宏、金智、金文、金图等一系列信息网络工程，组成了我国国民经济信息化进程中的“金”字号家族，全面拉开了中国国家信息基础设施建设的序幕。1995 年初由卫生部统计信息中心，卫生部医院管理研究所同卫生部计算机领导小组领导提出金卫工程这一概念，金卫工程，又名国家卫生信息网，95 年底获国家卫生部批准。其建设目标是为了全面加强我国卫生事业的宏观调控和微观管理。金卫工程虽然是跨世纪的伟大工程，也只是卫生信息化过程中的一项阶段性任务。1997 年卫生部计算机领导小组第 1 号文(卫计算发[1997]第 1 号)，进一步明确了金卫工程的内涵是以医院信息系统为基础，结合城市职工医疗制度改革的费用结算与支付网络信息系统，在有条件的地区还包括远程诊疗信息系统。金卫工程的实施最终目的在于共享医疗卫生的保健信息、医学情报、病案资源，要达到金卫工程的最优化，即实现医学信息的适时检索、医疗技术的及时调用、医学信息的重组和深加工，必须以资源共享为根本目的来建设医学信息网络、医院信息系统和医学文献信息数据库。

金卫工程军字 1-3 号是指军队卫生信息化建设的三大工程，一是军队医院信息系统网络版软件的开发推广；二是医药卫生信息网络建设和远程医疗会诊试点；三是卫生机关指挥管理综合数据库建设。军字 1 号工程已研制推广新一代先进的 HIS 网络版软件，为金卫工程做出了积极的贡献，军字 2—3 号工程正在论证和试验中。

金卫医疗网络工程是我国唯一的卫星通信专网，它是将信息科学、计算机技术、通信技术集中用于医疗卫生领域。金卫医疗网络工程有限公司利用卫星频道，已开通了北京、哈尔滨、广州、上海、福州、海口。贵阳等 15 个中心城市的 20 家重点医院。上海在卫生局的支持下，建立了联合名医保健中心，开展了远程医疗工作。中国中医研究院中医药信息所曾为甘肃省某地委书记提供远程医疗咨询，开出处方由当地医师执行，并获得了良好的疗效。该网的开通使远程医疗会诊、远程医学教育，远程学术交流、国际间交流得以实现。

第二节 护理信息系统

医院作为多部门、多学科、多层次的科学机构，信息化程度较高，各项业务的正常运作都要靠信息的输入、传输、提炼、反馈和输出来实现。护理信息是医院信息的重要组成部分，是实现科学管理必不可少的因素。

一、医院信息系统

计算机网络技术的迅速发展和应用，给“医院信息系统”的建设奠定了坚实的基础，为医院的现代化管理以及医疗、教学和科研工作注入了新的活力。近年来，各大中型医院开发建设“医院信息系统”时都在考虑如何处理护理工作中的信息。未来医学对计算机技术的依赖程度将日益提高，并必将成为不可缺少的工具。

(一) 医院信息系统概念 医院信息系统(hospital information system, 简称 HIS)是计算机技术、通讯技术和管理科学在医院信息管理中的应用，是计算机对医院管理、临床医学、医院信息管理长期影响、渗透以及相互结合的产物。

医院信息系统基本实现了对医院各个部门的信息进行收集、传输、加工、保存和维护。可以对大量的医院业务层的工作信息进行有效的处理，完成日常基本的医疗信息、经济信息和物资信息的统计和分析，并能够提供迅速变化的信息，为医院管理层提供及时的医院信息。因此，医院信息系统不仅是一个计算机软件，而且是一个医院管理的系统工程，医院信息系统融入了大量先进的医院管理思想，医院信息系统的运用，是医院科学管理的重要标志。

(二) 医院信息系统信息基本内容

1. 病人信息覆盖了病案首页、医嘱、检查、检验、手术、护理、病程等内容，其中病案首页又包括：病人主索引、入出转记录、诊断、手术、费用等，是医疗效率质量指标的主要信息源。

2. 费用信息包含了门诊病人费用明细和住院病人费用明细。其中，住院病人费用明细记录了病人在院的每一天的每一项费用。费用项目包含了开单科室、执行科室，可用于收入统计分析和成本核算。

3. 物资信息包括：药品、消耗性材料和设备信息。其中，药品包含了药库、各药局的库存、人出库数据，设备信息包含了全院所有在用设备的位置、状况和折旧等信息。物资信息主要用于医院内部科室级的成本核算。

随着科学技术的迅猛发展，医院信息系统(HIS)已是大中型医院医、教、研管理中不可缺少的现代化工具。HIS 从面向管理到面向医疗服务的演变过程已经开始，90 年代中期以来，随着高性能计算机系统和高速网络的出现，这种进展将更加加速。HIS 构成了医学和计算机科学之间的新兴学科——医学信息学的重要组成部分。

二、护理信息系统

护理信息是医院信息的重要内容。包括科学技术信息、护理业务以及各项为诊疗服务的业务信息、护理管理信息，这三类护理信息是相互交错，互为依据，相互制约的。由它们相结合形成的护理信息系统的完善程度和吞吐量大小，是护理科学技术水平和科学管理水平高低的决定因素。因此，在护理管理中必须实现护理信息的科学管理。

(一)护理信息系统的概念 护理工作在医院，特别是在病房医疗工作中的重要地位。而成功的医院信息系统的功能设计可以使护士从繁琐的事务性工作中解放出来，有更多的时间从事护理专业的工作，为病人提供更高质量的基础护理，心理护理和对病人进行必要的健康教育。目前，在众多的医院信息系统中都有相当规模的关于病房和护理工作方面的功能。

护理信息系统(Nursing Information System, NIS)系指一个由护理人员和计算机组成，能迅速对护理管理和业务技术信息进行收集、存贮和处理的集合。随着医院信息系统的不断发展，护理信息系统已成为医院信息系统的重要组成部分，是医院信息管理系统的一个子系统。NIS 有自己独特的部分。如《医院医嘱管理系统》软件，可大大提高护士处理医嘱的工作效率，并有效的减少差错。

(二)护理信息的内容 广义的护理信息包括以各种形式存在的护理科学技术信息、护理业务及各项为医疗护理服务的业务信息、护理管理的信息。这三类护理信息相互交错、互为依据、相互制约，由它们相结合形成的护理信息系统的处理量大小和完善程度，是护理科学技术水平和科学管理水平高低的决定因素。

狭义的护理信息是指以电子数据的形式把文字、图像、声音、动画等多种形式存放在光、磁等非印刷介质的载体中，并通过网络通讯、计算机或终端等方式再现出来的信息资源。具体包括护理工作量，护理质量控制，整体护理，护士技术档案，护理教学、科研，护理物品供应，医嘱处理，差错分析，护士人力安排(排班)等护理信息。医院管理信息的过程包括收集、汇总、加工、处理、分析、贮存、传递、检索等基本环节。通过 NIS 掌握护理工作状况，充分发挥各级指挥系统功能，使护理工作得以惯性运行。NIS 在国外已广泛应用，近 10 年来也在国内各大医院运用。

(三)护理信息的作用

1. 护理信息是护理工作诸要素中最基本的一个要素 在管理的五大要素中，信息是一个基本要素，也是一个最活跃的因素。护理信息包括系统内部产生的信息和系统外环境产生的信息，好比是护理管理的神经系统，如果它功能失调，就会整个护理系统失去控制。在医院中，护理信息无所不在，如规章制度、情报、指令、文件、计划、医嘱、检查报告、病历等，信息不全、不灵，会直接影响管理效果和医疗护理效果。在一定意义上讲，管理者水平高低在很大程度上取决于他掌握信息的能力。

2. 护理信息是护理工作决策和计划的依据 护理工作科学的决策和安排必须以全面反映客观实际的信息为依据，这是管理者正确判断和决策的基本前提，是计划切实实施的根本保证，就像孙子兵法中讲的：“知己知彼，百战不殆”。计划本身就是信息，是任务到实施的桥梁，是管理的首要职能。管理者不仅要掌握护理系统内部的信息，如各项护理工作运转情况、存在问题等，还要掌握护理系统的外部信息，如方针政策、医院的计划、医院各部门对护理工作的反映等。只有掌握足够的信息，才能做出正确的计划和决策。从一定意义上说，决策的水平和质量依赖于信息工作的水平和质量。

3. 信息是控制管理过程的依据和手段 任何一项任务的完成，或多或少会遇到一些意想不到的问题，必须依靠信息协调和控制，了解和消除这些偏差。计划的组织和实施是根据决策和任务进行的，在实施过程中，又会不断产生新的信息，依据实施的信息不断进行反馈调节，保证整个护理系统的正常运行，实现既定的目标。因此，整个护理管理过程都离不开对信息的处理。

4. 信息是保证护理工作系统协调运行的手段 为使系统内部各层次、各部门的活动能协调进行，必须借助于信息来实现上下左右的联系。护理部是医院的子系统，各护理单元又是护理部的子系统，各层次、各个环节的有机联系、协调运转，需要以信息为纽带，达到上传下达、相互沟通、密切协作的作用。进行协调有两个基本条件：一是及时掌握情况，取得管理信息；二是保持各部门之间信息通畅。如果没有一个四通八达的信息网，就无法实现有效的管理。

由于信息在护理工作中的重要作用，赋予信息本身不同的价值。为了生产信息，需要花费资金、成本，要获取信息，需付出一定代价。信息作为一种经济产品，在社会竞争中占有越来越重要的地位。把握信息、利用信息、生产信息，对提高护理质量，提高医院的经济效益和社会效益具有重要作用。因此，管理者应该重视信息管理，建立信息价值观，

三、护理信息系统在护理领域中的应用

护理信息已经成为当代医院管理的主要资源，因而应用计算机技术实现护理信息管理是医院管理现代化的重要途径之一。随着微型计算机在我国的普及和应用，计算机已成为实现医院科学化、现代化管理的强有力工具。将计算机用于护理工作中，是医院现代化管理的标志。计算机可以用于行政管理、组织管理、质量管理、人才管理、业务管理、考勤管理、工作量统计、设备和药品管理、病区管理等等日常护理工作中，许多医院建立了微机局部网络，开发了一些子系统，如门诊住院收费系统、机关事物处理系统等，为护理管理提供及时、准确、实用、经济的信息，大大提高了护理工作的效率；医院各病区护士站安装了联网的计算机，由护士上机操作，对全院住院病人的医嘱全部进行输入，中心药房在接收到护士发出的信息同时摆药，护士将医嘱打印输出。并在实施过程中建立相应的管理制度，收到良好的效果”。

（一）在护理管理中的作用

1. 提供可靠的护理资料 电子计算机可依据病人的病情、护理需要，根据标准工作单位计算出单位护理需要量和应投入的人力及工作指数，以便合理地使用护理资源、科学地进行人员分工。应用电子计算机后，减少了管理人员及护士的许多文牍工作。如“医院管理信息计算机网络系统”，以管理信息为主，以院长查询为中心，包括病房管理、住院处管理、药房管理、药库管理、院长查询等子系统，以及若干工作站，给护理管理创造了良好的条件。护士长可以不用看病历，就能随时查看到每个病人的情况；护理部也可通过微机在短时间内查看到各病区病人的诊断、护理级别、治疗、饮食、床位使用情况等为护理管理及业务查房提供可靠的第一手资料。院领导通过微机联网可随时了解全院的医疗动态，为决策提供了可靠、便捷的信息和数据。

随着护理学科的发展，学历教育、在职教育等内容增加，使护理人才档案量大而且分散，为了准确及时获得有关材料，很多医院都开始应用计算机进行人才管理。如：某医院护理部开发、应用的“护理人才档案管理系统”软件，对护理人员的基本情况、在职培训、业务考核、奖惩情况、差错事故、出勤情况、护龄情况、教学能力、科研成果、科研项目、出版书籍、论文情况等作分类统计，为护理人才管理提供有关的纵横资料，自动生成固定统计表，使管理者可一目了然地了解某些信息，对护理人力资源进行动态管理。

2. 贮存医院规章制度、护理常规、操作规程等 将医院的规章制度、护理常规、操作规程等贮存于计算机中，需要时可随时查询，如需更新时可进行修改。

（二）在临床护理中的作用 计算机在临床护理工作中可以用于医嘱处理、实施整体护理、护理会诊、急诊分诊、手术室、门诊工作、病区管理、临床病人的监护等。

1. 处理医嘱 计算机用于医嘱输入、处理和化验结果的报告，并贮存在病人的档案中，有关科室根据医嘱和护理指令，实施各种检查和治疗，配置和发送药品，提供膳食服务。如有关用药的医嘱由护士输入系统后，药房从系统中可即可得到信息，核准并自动打印给药单，药师审查无误后交给摆药护士，摆药护士摆完查对后在清单上签名。临床科室取消了处方、护士取消了转抄医嘱、中心药房取消了划价、统计，有效地减轻了医、药、护的工作量。另外药品集中管理，防止了积压、变质、失效和浪费，增加了收费透明度，控制了乱加价、乱收费及漏收、随意减免的现象，提高了社会效益和经济效益。

2. 实施病人监护 自 60 年代以来，许多国家以现代化的仪器为装备设立冠心病监护病房(Coronary Care Unit, CCU)和危重病人监护病房(Intensive Care Unit, ICU)促进了对监护系统的研究工作。监护系统能够对人体重要生理、生化指标有选择性地经常性或连续性监测，提供不疲劳性观察和一些病情记录，获得信息速度快、精确、简明，从而为病人提供及时、有效的治疗和护理。

3. 急诊分诊 急诊科急危重病人多，疑难抢救病人多，急诊分诊中需处理的数据类型复杂、数量大。将计算机用于急诊分诊工作，司·根据急诊的特点，采用模块式多层次结构，完成输入病人数据、查询病人信息、统计急诊工作、打印统计结果、修改病人数据、数据库索引等功能，该系统整个操作过程由屏幕提示选择代号，有效地实现了人机对话，达到了输入速度快、查询方便灵活的目的，促进了急诊分诊工作的科学化、系统化，提高了急诊分诊的工作效率。

4. 手术室管理 手术室人员工作安排是手术室管理的主要部分，并且历来靠人工来完成，这往往占用了护士长大量的工作时间，在工作安排上容易形成忙闲不均的现象，在不断调整变化过程中难于保证不出差错。引入计算机辅助管理软件，能帮助护士长完成繁琐的工作，如统计每人工作量，制定阶段(日、周)工作计划等，每日抄写登记手术单的工作也可由软件完成，工作效率提高几倍至几十倍，工作安排的合理性也得到保障，使手术室管理更科学化、合理化。

5. 整体护理模式病房建设 实施以病人为中心的整体护理，是我国护理学科发展的必然趋势，也

是现代护理管理中所关注的重大课题。为了适应整体护理模式病房建设及管理工作需要,应根据整体护理模式病房建设计算机管理系统,本系统具有的主要运作功能包括人事管理、制度管理、文件管理、信息管理、护士长工作、统计报表、药品管理,物资管理、系统维护,护理宗旨、护理哲理、组织结构、排班方式、工作规划,评价标准、护理表格、满意度调查、网络通讯及操作说明。护理人员可根据临床需要选择相应的菜单即可实现所需的功能。建立整体护理模式病房的计算机管理系统,不仅促进了整体护理工作的开展,高效率地体现了护理程序的全程,而且使各种护理文件及护理表格达到了清晰,美观及格式规范,保证了护理文件的质量。

6. 综合信息服务 门诊咨询系统可以为病人就诊和有关健康问题提供指南;门诊收费系统可自动显示药品是否充足,计算机通过显示器和面向患者的显示牌同时显示应付款项,根据患者实付金额提示找零,并打印电脑发票,增加了收费的透明度;各类操作员可随时查询工作情况及相关信息,为门诊综合管理、工作考核、经济合算提供准确的信息,为医院制定政策和宏观调控起到十分重要的作用。

(三) 在护理科研中的作用 在护理科研中计算机的用途更加广泛,如护理文献的检索、数据的统计学处理、模拟实验等,都离不开电子计算机。在罪行图书馆的检索室和网络中心不仅可以了解到所有藏书、杂志资料,还可以了解国外某些图书馆的资料,可以为科研设计提供最新的信息和思路。

(四) 在护理教学中的作用 护理组织目前密切注视着信息高速公路的发展,国内外许多护理院校均有 INTERNET 网址,世界各地的教师可以通过 INTERNET 交流教学方法、授课内容、和科研成果。

计算机辅助教学中,计算机可提供全部护理教程科目,按“人-机”对话方式进行直接交流。各种辅助教学软件,可用于联系、辅导、解疑、模拟等。例如:利用计算机程序来模拟病人,教授实际的临床护理操作,指导学生处理一些实际问题 and 危急情况。多媒体教学中计算机可以发挥录像、投影、幻灯、动画、甚至替代教师的作用。因此,计算机在护理继续教育中可发挥较大优势。

四、护理信息系统的维护管理 计算机信息系统的维护是为保证系统能持续地与用户环境、数据处理操作、有关部门的请求取得协调而从事的各项活动。系统维护包括对硬件设备的维护和软件及数据的维护。

(一) 计算机硬件维护 硬件维护应由专职人员承担。维护方式主要有两个方面,一是定期的预防性维护,例如在周末或月末进行设备的例行检查与保养;二是突发性的故障维修,时间要求紧迫,应尽快排除故障,恢复系统正常运行。在日常工作中应严格按操作规程使用计算机。机器发生故障时,应请专业人员维修,以免损坏其他部件和破坏已存数据,保证整个系统安全、有效、高速运转。

(二) 计算机软件维护

1. 养成数据备份习惯,以免因意外故障造成信息丢失。一般每天下班后备份当天修改过的数据,每个月进行一次全系统的备份。数据备份的介质通常是磁盘或光盘。为了保证信息系统数据的完整,按上述方法备份的数据应保存 1 个月以内的日备份和 3 个月的全系统备份。

2. 不使用来历不明的软盘,杀毒软件应定期升级,以保证整个系统不受计算机病毒的侵袭。

3. 在整个系统中设置不同级别的密码,规定拥护使用系统的级别,保证系统信息的安全和保密程度。

4. 在系统投入使用后,应及时处理出现的问题,并根据实际工作中提出的要求对系统进行调整,让系统在工作中不断完善。

5. 凡使用计算机者,必须经过培训,并不断更新知识。

(三) 护理信息系统的管理

1. 组织管理 对护理信息系统的管理必须设有专门的组织机构,如护理信息管理组,负责护理信息系统的总体设计和开发应用。对投入运行的护理信息系统,必须制定一套切实可行的规章制度,加强对系统使用的管理。

2. 技术管理 首先要做好开发研制各种应用软件的工作,使医院护理人员乐于接受;同时也要注意新技术的发展动向,不断改善和更新护理信息系统的技术状况,跟上时代的水平。

3. 设备管理

(1) 建立一套完整的使用、维护、检修制度,并认真落实。

(2) 每台机器或设备都应有关于其名称、性能、操作规程、使用方法及注意事项等说明的明显标志,使用人员必须熟知有关事项,在使用前阅读有关资料,切实掌握使用要领。

(3) 每台机器均应处于正常备用状态,并应检查核对电源、电压的工作状况。

(4) 要创造良好稳定的硬件设置环境,爱护计算机设备,保持工作环境的清洁,避免机器受阳光直射、水淋、强磁场的干扰,不要在潮湿、多尘的空间放置计算机设备。

(5) 应建立机器的使用交接制度及管理值班制度,各级人员均应严格执行。

新技术革命推动着世界发展的潮流,信息革命影响着人类文明进程的速度,而计算机作为一种崭新的生产力,在促进经济发展、提高劳动生产率方面有着巨大的影响,在医院管理、护理管理、护理教育中

也起着重要作用。积极开发护理管理软件，如护理管理数据库、护理管理专家系统、知识库等，使护理管理信息系统在护理工作中能有效地发挥作用。

但是我们也要看到，计算机的应用，特别是护理计算机管理系统的实施是一项复杂的综合性的软工程，需要一定的基础与条件。计算机管理系统的应用甚至可能与人们习惯的传统工作方法格格不入，所以还要考虑到与医院一系列的管理系统相配合。我们要认清新技术革命形势，积极为电子计算机的广泛应用开辟道路，大力宣传信息的作用与价值。

随着计算机的普及以及互联网络的建成，护理信息系统在护理领域中已得到广泛的应用，在护理工作中完全实现计算机化已成为可能。护理人员必须从提高自身素质入手，学习信息网络的知识，掌握计算机操作技能，利用计算机的优势来实现对护理工作的综合管理，使护理管理、科研和教育能跟上经济时代的发展。

【实例分析】

如果你现在是护理部人事助理员，现需要对设计计算机管理软件对全院的护理人员进行全面的管理，你打算设计人员的管理哪些方面信息输入计算机？

【参考文献】

- 1、乔凤海.医学信息学.北京：科学出版社，2000
- 2、毛树松，李祖珍，付云霞.护理信息学概论.北京：科学技术文献出版社，2000
- 3、包含飞，郑学侃主译.医学信息学.上海：上海科学技术出版社，2002
- 4、胡昌平.信息管理科学导论.北京：高等教育出版社，2001
- 5、朱士俊，董军.医院管理与信息利用.北京：人民军医出版社，2001
- 6、黄梯云.管理信息系统.北京：高等教育出版社，1999
- 7、薛华成.管理信息系统.北京：清华大学出版社，1999
- 8、李晓玲.医学信息检索与利用.上海：上海医科大学出版社，2001
- 9、谭详金，党跃进.信息管理导论.北京：高等教育出版社，2000
- 10、岳剑波.信息管理基础.北京：清华大学出版社，1999
- 11、王行言.计算机信息管理基础.北京：高等教育出版社，1999

（王惠珍 李曙光）

第十一章 护理科研管理

【教学目标】

识记

1. 说出护理科研管理的概念。
2. 正确叙述护理科研的原则
3. 说出科研课题的概念

理解

1. 正确叙述护理科研的基本程序
2. 正确叙述护理科研课题管理的程序
3. 正确叙述科研成果管理的程序

应用

1. 填写一份课题申报书

科学研究工作的特点是具有探索性和创造性，还具有连续性和积累性。科学研究是保证并不断提高

医疗护理质量和培养人才的一项重要手段。护理学是一门独立学科，必须通过科学研究工作来充实学科内容，护理科研作为促进学科发展的手段，越来越受到卫生部门的重视。1997年10月在北京召开的中华护理学会第22届第3次常务理事扩大会上提出了“让科研作为护理学科发展的导向，为人类健康服务”的口号。在科研方面，我国的护理工作者取得了一系列成就，开发出了大量简便、实用的护理新技术和护理新产品，大大提高了护理的科技含金量。中华护理学会于1991年专门设立了“护理科技进步奖”，并决定每逢单数年的“5.12”国际护士节颁奖，奖励护理人员在护理科研工作中取得的成就。但护理科研资金、护理科研人才仍缺乏。为了促进护理科学技术的发展，必须按照学科的规律对研究工作加以组织和管理，才能充分发挥科学研究的作用。因此，护理科研的管理就更显重要，应该有目的、有组织、有计划地进行。

第一节 概 述

护理科研同其他科研工作一样，是以实践和科学实验为基础，认识自然规律，并利用规律改造客观世界的过程。但护理科研的对象是人，这就决定了护理科研必须从人的需要出发，以服务于人类健康为目的。所以护理科研是通过科学方法，有系统地探索或评价护理问题，通过研究，改进护理工作、提高对病人的护理。护理科研管理是运用现代管理的科学原理、原则和方法，结合护理科研规律和特点，对护理科研工作领导、协调、规划和控制，以保证和促进护理科研工作开发展的一项重要活动。

一、护理科研的任务

护理学属于生命科学的范畴，其科学性、技术性、服务性、社会性很强，故需用科学的方法来进行研究，以从整体上提高这一学科的水平。凡与护理工作有关的问题，做系统调查和研究，都属护理研究的任务，其内容可包括：

（一）护理理论研究 医学模式的转变、科学技术的发展、各种精密医疗仪器设备和新疗法的不断引进，已经和正在有力地促进护理内容和手段的变革和发展。护理学作为现代科学体系中综合自然科学、社会科学和人文科学的应用科学，其面临的任务贯穿于人的生命过程。我国的护理内容已由过去的功能制生理护理向着集生理、社会心理、文化为一体的整体护理转变；护理手段已由直观操作向遥感、监护等方面发展；护理范围已由临床治疗型护理向医疗、预防、保健、康复综合性护理发展，从患者扩展到对健康的个人、家庭、社区工作场所，从医院扩展到社会。面临新的情况、新的要求，迫切需要研究和发展有关的护理哲理、各种护理理论。

（二）护理实践研究 各专科护理技术、急救护理、监护、护患关系，掌握和应用新技术、新仪器等方面的研究，对直接提高对病人的护理工作，具有实际意义。例如1972年Ross有关输液静脉炎的研究，结果发现留置静脉导管与静脉炎的发生有关，留置静脉导管时间越长，静脉炎发生率越高。经研究后发现其原因，也就可能提出避免方法，改进工作，使病人得到更好的治疗。其他如评价或比较几种护理方法，探讨护理措施的优缺点和临床效应等方面，都是护理研究中可选择的课题。

（三）护理教育研究 随着社会发展，科学技术进步以及人民生活水平的不断提高，人民群众对卫生、医疗、护理工作提出了更多、更高的要求。21世纪医学的发展，对护理教育也提出了更高的要求。培养高素质的护理人才，是护理事业发展和护理工作更好地为人民健康服务的关键。在面向世界、面向未来、面向现代化的形势下，护理教育必须进行必要的改革，使教育制度、教学内容、教学方法、教学设施等方面能更好地符合教学的规律，要在能使学生在学习和掌握知识的过程中不断提高学习和获得新知识的意识和能力，以及运用知识解决实际问题的能力上下功夫，以适应新世纪护理学发展和护理工作的需要。

（四）护理管理研究 现代化的关键是科学技术现代化，而科学技术现代化则有赖于管理的科学化。

为了适应护理学科发展，护理管理也必须由单纯行政和经验管理向现代科学化管理过渡，必须研究护理管理的历史、管理的对象、管理的过程、管理的方法、现代科学技术手段在护理管理中的应用及护理立法等问题。

（五）护理心理学研究 护理心理学研究是运用心理学的理论和方法研究人的心理规律与健康的关系，探索有效的心理护理方法与技巧。

（六）其他 社会和医学的发展，向护理科学研究提出了新的挑战，要求我们从经验性总结向前瞻性研究发展，从把人体作为一个有机的整体出发去研究护理；要与医学发展的新技术、新仪器、新设备同步发展，从多学科、多层次、多渠道进行研究，探索、发展新技术条件下的各项护理工作。

二、护理科研的原则

护理科研必须遵循下列原则：

（一）保障病人安全，减轻病人痛苦 动物实验可在完全模拟情况下进行试验，也可进行破坏性试验。但在以人为观察对象的临床实验时，一切科研题目的选定，科研设计和拟采用的方法等，必须在保障病人安全的前提下进行。此外，还应开展如何防范危害性效果和减轻病人痛苦的科学研究。

（二）具有准确性和科学性 护理科研必须在控制条件下进行，尽量避免受到干扰，以免影响结果的准确性。要对观察对象规定严格的选择标准和效果的评定标准，要设置对照组，若按照随机化原则进行分组，以保证样本的真实性与样本对总体的代表性。

（三）掌握一定数量的资料 资料的数量过多则浪费人力、物力、财力；但若数量过少，提供的信息不足，估计就不易准确，结果也不可靠。样本大小一般可以通过数学公式推算或用查表法来确定。

三、护理科研的基本程序与方法

护理科研的基本程序，是指一项护理研究课题从开始到终结所经过的步骤。根据科研工作的规律，对科研工作规定一个科学的、严密的程序和方法是实现计划管理、确保课题研究有效进行的重要手段。因此，要求每个科研人员与科研管理人员都应熟悉和掌握它，并严格执行。医学科研的基本程序如下：

（一）选定科研课题 选题主要通过各种线索、途径和方法，确定研究方向，选择并论证研究课题。选题要有明确的目、充分的科学性、水平的先进性以及现实的可行性和实用性。应选择在护理工作中常见的、可以提高工作效率和质量、有利于实现护理工作现代化，具有重要现实意义的题目。题目可以分为两类，即主题与分题。主题范围较大，需要长时间才能完成，分题是主题的一部分，一般在数月至 1~2 年内可以完成。阶段分题不要太多，以免分散力量。

（二）研究课题设计 科研设计是完成研究课题的科学实施方案，是对科研内容的具体安排和设想。课题设计必须具有实用性、先进性、可重复性及经济性，应根据科研项目、目的、内容、条件及统计学原理进行计划，制订研究工作方案和具体实施方案。研究工作方案包括研究内容、研究方法、研究计划、研究人员、物质条件、规章制度、组织领导等设计，这是课题总体设计方案；根据研究内容和任务分工，分别制定各项研究内容的具体详细的研究工作方案，其中包括实验设计及调查计划。理论性较强的课题应由护理经验丰富、有较高理论水平者担任课题负责人。与医疗关系十分密切的课题，可请有关医师参加。器械与一些特殊用具的研究，可请这方面的专业人员协作。

（三）实验(调查) 首先应按照实验(调查)设计，进行预试验，以检查科研设计方案是否切实可行。然后再按照预定的程序、运用科学方法搜集事实资料。研究人员通过这一科学活动获得第一手客观事实材料，为以后的理论思维搜集素材；大量的科学机遇也是在这一科学实践中为有准备的研究人员所捕捉，进而作出科学发现和发明创造。

(四) 资料整理 通过实验或调查等科学实践搜集的大量资料和数据, 需要进行科学的整理和加工, 为最后进行科学分析和抽象作好准备。资料整理和数据处理, 是对实验或调查获得的资料进行科学加工, 对大量数据进行编译分析, 主要包括资料的系统化、判断比较组间结果差异的意义、揭示各因素间的相互关系。在科研完成或告一段落后, 课题负责人应迅速组织科研人员做好资料的汇总整理和分析总结。科研资料应确保科学性、完整性、准确性。每次研究结果(包括成功的和失败的), 都必须写出学术总结报告或学术论文, 并及时发表。在做好学术总结的同时, 还应做好工作总结。

(五) 理性概括 对实验或调查所获资料经过整理之后, 进行分析、综合和抽象、概括, 以建立概念; 再运用概念进行判断和推理, 从而得出一定的科学结论, 或论证科学假说, 甚而科学理论。这是护理科学研究过程的最后一步, 也是最高阶段, 是从现象深入到本质, 从个别上升为一般的理性认识过程。同时, 它又是护理科研的新的起点, 为深入探索未知而提出新的研究课题。

四、护理科研管理的内容

(一) 编制规划和计划 (Programming and Planing) 规划是体现战略思想对远景目标的设想和蓝图。规划的特点是设计的范围大、规模大、时间长, 是一个时期内工作的总方向。计划是在规划的指导和规定下, 根据一定的决策目标作出的具体安排和落实措施。计划的特点是时间短、详细而具体、便于执行与检查。

规划和计划都是对某项工作的设计, 是一项工作的开始; 规划与计划的关系是总体与局部、宏观与具体的关系。编制科研规划和计划, 有利于确定一段时间内护理科研的方向和重点, 不临时突击。中国护理科研起步晚, 起点低, 选题局限, 前瞻性研究少, 总结性文章多。要想提高护理科研水平, 必须加强科研工作的组织领导工作和宏观指导, 制定出起点较高的科研规划和计划。

(二) 审查科研设计 凡是新开课题, 在完成研究课题设计及预试验后, 均应履行开题报告、同行评议, 对课题进行审查。通过同行专家的讨论评议, 可以使科研设计更加完善、合理, 也帮助领导在确定项目时减少片面性、盲目性和重复立项, 把好选题关。审查的内容包括: 该课题是否符合选题的科学性、创新性、实用性、可行性原则; 在理论上、时间上是否有意义; 是否具备研究条件; 研究方法、步骤是否得当; 经费、物资核算是否合理、可能; 预期结果能否实现。

(三) 课题实施管理 研究课题一经上级批准后, 应迅速组织实施。管理部门与课题负责人根据批准的“计划任务书”或“合同书”抓好组织、计划、措施三落实。课题负责人对课题的实施及完成负有全责, 要亲自参加全部或部分研究工作, 特别是关键环节。要认真做好课题组的组织、指挥、协调和对课题组各个成员的考核。在进行过程中, 要定期检查课题进度指标完成情况, 取得哪些重要的阶段性成果, 有哪些重要进展, 存在什么问题和困难, 经费开支情况等。在检查中发现比原计划有重大进展时, 应采取措施加以支持, 必要时争取增加经费指标。如发现原来的开题论证有较大漏洞, 研究工作停滞不前, 则应暂时终止原计划, 重新审查原开题论证报告, 以确定是否调整或撤消。对完成计划进展好的应给予表扬鼓励。对无故不完成计划与合同的, 要取消条件支持或撤消计划与合同, 必要时追查工作责任、经济责任、甚至法律责任。

(四) 科研经费管理 科研经费在科学研究中占有重要地位, 在护理科研经费紧缺的情况下, 以最小的投入达到最佳的效果, 必须加强科研经费管理, 多渠道争取科研经费, 合理使用好科研经费。

(五) 科研成果管理 科研成果是指科学技术研究活动取得的具有使用价值或学术意义的成果或结论。科研成果应经得起实践的考核和检验, 结果和结论能够重复。科研成果的管理包括评定学术论文质量, 组织学术交流, 申报科研成果, 科研成果鉴定和奖励。

(六) 科技档案管理 科技档案是指在科研活动中形成的, 应当归档保存的原始实验记录、图表文字材料、统计资料、照片、影片、录像、录音等科技文件材料, 以及经费、课题、仪器设备、成果、人才、学科、科技信息等, 科技档案管理的基本任务是收集、整理、保管、鉴定、统计和提供利用等六个

方面，科研管理部门针对以上六个方面建立和完善相应的管理制度，以保证科技档案的完整、准确、系统、规范，以利于总结科研工作。

（七）加强护理科研队伍建设 在科研工作中，科技人才占有举足轻重的地位，在科研管理中对科技人才的管理，同样应占首位。科技人才管理包括：发现选拔人才；培养造就人才，管理使用人才。既要发挥老专家的作用，也要抓紧青年人的培养，提高护理骨干的科研水平。对确有专长的护理人员，应积极创造他件，使其在科研方面发挥作用。为了开展实验研究及新学科、边缘学科的研究，还需不断吸收有关专业人员充实到护理科研队伍中。

第二节 护理科研课题的管理

科研课题的管理是护理科研计划管理的一个重要环节，课题管理是科研计划工作的第一线，课题研究及其管理优劣，决定成果的质量，标志着人才的水平，只有课题管理的科学化，才能保证科研计划的最佳效果，提高课题研究水平和科研效率。

一、课题与项目

课题(Subject)是为了解决科学技术问题最基本的研究单元。在确定研究的分类、性质、组织研究计划的实施时，必须以课题为基础。

项目(Programer)是为了解决某一科学技术目标的科学研究单元。它的范围视需研究的问题涉及的学科范畴而定。

项目由若干课题组成，这些课题之间有内在联系。例如：战伤护理是一个研究项目，可以包括战伤心理护理研究、战伤感染研究、战伤康复研究等课题。项目的规模大、涉及面广、周期长。

二、课题与项目的来源

（一）国家题目 国家题目属指令性的题目，是按国家发展规划要求来和卫生保健事业发展的需要，由卫生主管部门经过周密的调查研究确定的。其中包括省、部级和军队课题。

（二）单位题目 是医教研单位根据国家任务、从本单位的实际出发制定的科研题目。

（三）个人题目 属于自选课题。是科研人员根据学科发展、个人兴趣，结合自己的专业特长、工作条件，从实际出发来选定的科研题目。一般单位内部有经费资助，对护理课题较实用。

三、课题管理程序

课题管理由立题管理、课题实施管理、课题总结管理三部分组成。

（一）立题管理 立题是科研工作的第一步，首先是选题，选题要遵循需要性、目的性、创新性、先进性、科学性、可行性、效能性原则。例如当前脑血管病、心血管病、恶性肿瘤三种疾病已占死亡总人数的 57.44%，所以这三种严重威胁人民健康的疾病的防治成为当前医学科研的重点，护理科研在选题时如果把这三方面有关的预防、护理、保健作为研究方向，中标的机会就比较大。其次，要作好开题报告，开题报告要包括具体的研究内容、国内外研究现状、水平、发展趋势、经费物资条件、需要支持的条件、研究的阶段性目标、研究进度及预期达到的结果和阶段性成果。另外，要求科技管理部门或承担单位的学术委员会给予实事求是的具体评价、审核并签署意见。

立题管理的主要步骤如下：

1. 选题、调研、预试验
2. 起草报告、基层评审
3. 开题报告、专家论证
4. 整理材料、组织申报
5. 确定课题、签订合同

（二）课题实施管理 科研课题选定后进入实施阶段。保证课题的顺利进行是课题管理的又一个环节。课题负责人要定期做课题的汇报，如每年写一次年度报告，上级科研管理部门要对课题进展情况、经费使用情况定期检查，检查的目的一方面是为了帮助科研人员解决困难，另一方面，对没有进展的课题要考虑是否继续拨给经费。

课题实施管理的主要步骤如下：

1. 指导实践、提供服务
2. 发现问题、纠正偏差
3. 阶段小结、定期上报
4. 完成课题、准备鉴定（整理课题资料、查新、预审）

（三）课题总结管理 结束研究的课题，要及时总结资料、发表论文、申请鉴定成果，按要求归档。

课题总结管理的主要步骤如下：

1. 总结课题、撰写论文
2. 申请鉴定、申报成果

第三节 科研经费管理

科研经费在科学研究中占的地位是众所周知的。没有足够的物质资料保障，是难以完成课题并获得成果的。多方筹措经费，加强经费管理，合理使用经费，是科研管理者的重要责任，也是科研经费管理的主要内容。

一、科研经费的主要来源

医药卫生科研基金有严格的资助目标和申请资格要求。如重点课题基金主要支持具有重大军事效益、重要科学价值和实际应用的研究课题；开发基金主要用于引进、创新先进技术，开发具有重大社会效益、军事效益、经济效益的新产品；青年基金主要支持具有一定创造能力和开拓能力，年龄在 35 周岁以下的优秀青年和留学归国青年科技工作者。如果课题不在资助项目规定范围内，或申请者不具备课题申请资格，很容易在课题初审时落选。所以，了解经费的主要来源和管理方法，可以提高课题申报的命中率。

（一）上级拨款 如国家 863 计划的研究项目是由国家财政部直接拨款的。随着科研经费管理的改革，上级拨款的比例将明显减少。

（二）国家重点攻关项目的合同经费

（三）中央部委和地方科技部门重点攻关项目的合同经费

（四）各级各类的科学基金

1. 国家科学基金：资助重点是国家重点攻关课题、新技术研究课题。
2. 国家自然科学基金：面向社会，资助重点是基础研究和应用研究理论。
3. 国家青年自然科学基金：资助已获博士学位的 35 岁以下青年科技人员的研究课题。
4. 部门基金：（国家卫生部、国家医药管理局新药研究中心、中国人民解放军总后勤部、卫生部等）资助相应的科研课题。
5. 国家核安全部：资助放射医学、核医学的研究课题。
6. 国家经委：资助重点是军用技术转民用的开发性项目。
7. 国家教委：资助重点是申请培养研究生、博士生的重要研究课题以及博士后流动站的重要研究课题。
8. 省市自然科学基金、青年基金，其他专项基金：资助所在地区、部门的有关研究课题。

（五）协作单位委托科研项目经费 如：临床很多新药、新仪器的开发、应用研究，有些是由医药公司或医疗仪器公司委托或协助的。

（六）科技成果转化费 研究成果转化为经济效益后，其中一部分用于科研工作。

（七）银行贷款 研究项目不属于上述经费资助范围，申请不到上述经费、但研究成果有比较大的经济效益，可以先在银行贷款。

（八）其它 如国际科技、卫生组织和国内外机构、团体或个人资助科研单位或某课题组的科研经费。

二、科研经费使用原则

（一）政策性原则 整个研究过程自始到终必须严格执行国家的财政法规和财会政策，切实做到单独建帐、单独核算、专款专用，防止任何不符合财务政策规定的行为，保证科研的财务活动正常进行。

（二）计划性原则 任何资金活动必须计划开支，按课题核算，保证合理使用经费。

（三）节约原则 在科研活动中，要最大限度地节省人力、物力和财力。在课题设计合理的前提下，对仪器购置和其他消耗性开支，要严格审核。提高设备的使用率和使用寿命，减少仪器设备的自然损耗，防止损坏丢失等。

（四）监督原则 财务部门和科技管理部门应制定必要的检查、监督制度，定期检查课题进展和经费使用情况，对那些申请了基金而不开展工作或工作确无成效的，应实行退款或中止其科研经费，对那些违反财务法规的，应追究其责任，并执行相应的处罚规定。

第四节 科技成果管理

科技成果是生产力，科技成果的应用对推动社会发展、加速军队建设具有积极意义。自 1978 年全国科学大会以后，从国家到地方都逐步建立了科技成果奖励制度。科技成果是衡量一个国家、一个部门、单位乃至科技人员个人科技实力和水平的一个重要标志。目前，也常把科技成果作为检查、比较、衡量一个单位、某个个人工作实绩的尺度，在评选、晋职、调薪工作中常作为一个硬性指标。作为护理管理者，要把握时机，加强护理科研工作和科技成果管理，提高护理科研水平。

一、科技成果必须具备的条件

申报成果奖励的科研工作要具备以下条件：

- (一) **新颖性** 在一定时间或空间范围内首创或前所未有，如地区内首创或国内首创。
- (二) **先进性** 在一定时间或空间范围内超过已公开成果的最高水平。
- (三) **实用性** 具有科学意义或经济价值和实用价值。

二、科技成果的水平等级

科技成果的水平等级分三个层次三个等级：

层 次			等 级
国 际	国 家	省、军队	领先级
			先进级
			水平级

领先级水平：即在一定时间和范围内，科技成果水平超过同行业中已公开的先进成果的水平。

先进级水平：即在一定时间和范围内，科技成果水平接近同行业中已公开的领先水平的科技成果。

水平级：即在一定时间和范围内，科技成果水平达到同行业中已公开的一般科学技术水平。

三、科技成果管理的内容

成果管理内容较多，归纳起来大致有：成果鉴定、成果登记、申报奖励、材料建档、技术保密、推广应用、技术转让等几个方面，其中成果鉴定、登记、申报、推广四个方面是科技成果管理的重点。

(一) **科技成果鉴定** 正确评价科学技术成果的水平，做好医药卫生成果的鉴定，是加强科技成果管理，促进科学成果的推广应用的首要环节。根据中华人民共和国国家科学技术委员会第 19 号令发布的《科学技术成果鉴定办法》(1994 年 12 月)，对科技成果鉴定的定义是这样表述的：科技成果鉴定是指有关科技行政管理机关聘请同行专家，按照规定的形式和程序，对科技成果进行审查和评价，并作出相应的结论。科技成果鉴定工作是主管科技工作的政府机关的行政行为。科技成果的鉴定工作应当坚持实事求是、科学民主、客观公正、注意质量、讲求实效的原则，确保科技成果鉴定工作的严肃性和科学性。

1. 提请成果鉴定的条件

(1) 研究课题全面完成科研合同、任务书或计划的各项要求。

(2) 技术资料完整，并符合科技档案管理部门的要求。包括设计、研究、试验、试制、应用效果等原始资料和报告，有关单位测试、验证、使用证明、生产技术图纸、工艺流程和工作小结，有关论文、专著等。

(3) 应用性科研成果必须经过实际验证并已推广应用，取得一定经济效益和社会效益。

(4) 理论成果发表（会议宣读）一年以后，得到同行的承认。

(5) 使用的实验动物必须合格。

(6) 经过查新检索，确认达到国际或国内（省内）领先水平。

(7) 课题的主要完成单位及主要完成者在名次排列上已达成一直意见，各参加单位已有书面认可意见，并加盖了单位公章。

凡具备鉴定条件的护理科研成果，按有关规定填报成果鉴定申请书，提交研究报告和有关技术资料，向组织鉴定的主管部门申请鉴定。

2. 鉴定形式 应根据成果的不同类型，采取不同方式组织鉴定，各种鉴定方式具有同等效力。

(1) 会议鉴定 由组织鉴定单位聘请同行专家，组成鉴定委员会(或小组)，由鉴定委员会(或小组)对按规定提供的证明、技术资料、文件进行审查、评价，并作出结论。适用于涉及面广、必须通过现场鉴定才能评定其科技水平的成果。聘请专家的人数应控制在 5--13 人，与项目有直接关系的人员不得参加技术鉴定或评审，科技成果完成单位参加技术鉴定的人数不得超过总数的二分之一，高级职称的专家不得少于三分之二，组成专家组，确认 1 名主任委员，1-3 名副主任委员。科技成果鉴定一般由国家行政机关负责组织，由任务下道部门组织鉴定。研究课题完成以后，各级科研管理部门应于鉴定前一个月上报材料到科研处办理鉴定申请。

(2) 通信鉴定 又称函审。凡不需现场考察或实际测试，仅依靠技术报告报告和有关技术资料就能鉴定的科技成果，均可采用函审鉴定。由组织鉴定单位确定函聘同行专家名单，专家人数一般控制在 5--7 人，并确认其中一位任专家组长，由组织鉴定单位将该项成果的有关证明、技术资料、文件及《专家评审意见书》函送所聘专家，并请其在一定时期内反馈具有专家亲笔签名及加盖专家所在单位公章的评审意见书，反馈的评审意见书不得少于 5 份，若少于此数时，应增聘评审专家。

(3) 检测鉴定 由被鉴定单位委托专业检测机构按国家标准、行业标准或者有关技术指标对被鉴定的科技成果进行检验、测试，并出具附有检测人员签名和检测机构加盖公章的检测证明，由组织鉴定单位根据检测证明及计划任务书(或合同)、技术资料、文件进行全面评价，并依此填写入(鉴定证书)，必要时再聘请 8—5 名同行专家参予，进行咨询和评议。

(4) 验收鉴定 由组织鉴定单位或委托下达任务的专业主管部门(或委托单位)主持，根据计划任务书(或委托合同书)或规定的验收标准和方法，必要时可视具体情况邀请 3—5 名同行专家参加，对被鉴定的科技成果进行全面的验收，并出具附有验收人员签名和验收单位加盖公章的验收合格证明，同时根据验收合格证明及有关技术资由验收单位按照计划任务书（合同书）所规定的验收标准和方法进行测试、评价，并作出结论。

(二) 科技成果奖励 科研成果奖励，是对科研活动和研究人员的科研能力的社会承认，是科研管理工作的一项重要任务。护理管理人员要加强成果意识，鼓励护理科研人员敢想敢干敢创新，协助科研人员搞好申请科技奖励的各项工作。

申报科技成果奖励应由第一完成单位或个人按隶属关系申报，各级科技管理部门按“择优推荐、逐级申报”的原则办理。主要奖励有：

1. 国家级 科技成果的国家级奖励统归国家科学技术委员会管理。根据 1999 年 4 月 28 日国务院发布施行《国家科学技术奖励条例》，为了奖励在科学技术进步活动中做出突出贡献的公民、组织，调动科学技术工作者的积极性和创造性，加速科学技术事业的发展，提高综合国力，国务院设立了下列国家科学技术奖：

(1) 国家最高科学技术奖 奖励在当代科学技术前沿取得重大突破或者在科学技术发展中有卓越建树，在科学技术创新、科学技术成果转化和高技术产业化中，创造巨大经济效益或者社会效益对促进经济、

社会发展和保障国家安全作出的特别重大的贡献。

(2) 国家自然科学奖 奖励在自然科学基础研究和应用基础研究领域内所取得的发现, 阐明自然现象、特性或规律的科研成果, 在科学技术的发展中有重大意义的, 达到国际先进水平, 为国内外同行所公认。每两年评审一次, 限额申报, 奖励等级为 1~4 等。

(3) 国家技术发明奖 奖励利用自然规律首创的科学技术新成果, 但不包括科学发现、科学理论和依赖个人的技能、技巧所实现的技术。它必须同时具备下列 3 个条件: ①前人所没有的; ②先进的; ③经过实践证明可以应用的。该类成果可申请国家发明奖。每年评审一次, 奖励等级为 1~4 等。

(4) 国家科学技术进步奖 奖励在自然科学应用技术领域推动科学技术进步, 提高经济效益和社会效益的创造性研究成果。包括: ①应用于社会主义建设的新的科学技术成果; ②推广、应用已有的科学技术成果; ③在重大工程建设、重大设备研制和企业技术改造中, 采用新技术; ④引进、消化、吸收、开发、应用国外先进技术; ⑤社会公益服务的技术基础工作(标准、计量、科技情报、科技档案等); ⑥为决策科学化、管理现代化而进行研究的软科学成果。该类成果可申报科技进步奖。科技进步奖分为国家级和省(部)级。获得省(部)二等级以上科技进步奖励的项目方可申报国家科技进步奖和国家发明奖。每年评审一次, 奖励等级为 1~3 等。

(5) 中华人民共和国国际科学技术合作奖 奖励指在双边或者多边国际科技合作中对中国科学技术事业做出重要贡献的外国科学家、工程技术人员、科技管理人员和科学技术研究、开发、管理等组织。

2. 军队级

(1) 科技进步奖: 分一、二、三等奖三个级别。

(2) 医疗成果奖: 分一、二、三等奖三个级别。主要奖励在临床工作中有突出贡献和突破性进展的医疗成果。如手术方式、消毒方式、诊断标准等。

3. 护理科技进步奖 于 1993 年开始由中华护理学会颁发, 每两年评审一次, 奖励等级为 1~3 等。

(1) 评选范围 从事护理工作的护理学会会员。

(2) 评选条件 ① 热爱祖国、热爱护理专业, 具有“献身、创新、求实、协作”的科学精神、优良的科学作风。② 在护理工作实践中, 勇于创新, 已取得护理科研成果, 并推广应用, 取得较好的经济效益和社会效益。③ 所取得的成果在公开发表后被公认达到国内先进水平, 对提高护理质量, 促进病人康复, 加速护理人才培养和科技进步有推动作用。

(3) 授奖名额 每两年评选一次, 每届授一等奖 5 名, 二等奖 15 名, 三等奖 30 名。现在一些省、市也开始设立护理科技进步奖。

(4) 上报材料 推荐表 1 份; 主要成果和成绩及证明材料 1 份; 专家推荐表 2 份。

(三) 科研成果的推广应用 科研成果的推广应用包括两个方面, 一是努力将本单位的成果推向医疗、护理第一线; 二是引进、消化、吸收国内外已有的新成果, 特别是应注意把高新技术成果引入护理工作和护理科研。如何将科研成果尽快转化为现实生产力, 为提高医疗护理质量、保障人民健康服务是科研成果管理的重点和目标。设置对口的推广机构、选择适宜的推广项目、采取不同的推广方式、建立合理的推广机制等显得尤为重要。通过科研成果的推广应用, 推动我国护理理论和技术水平的整体进步, 是全体护理工作者的共同责任。推广医药科技成果, 可以采取灵活多样的方式。科研成果推广应用常用的形式有:

1. 新闻形式 通过新闻媒体如新闻发布会、报刊、杂志、电视、等进行推广。

2. 展览形式 实物、图片、现场示教等。

3. 学术活动形式 学术会议、专题讲座、学习班、研究班、科技交流会、发表论文、出版专著等。

4. 贸易形式 技术转让、技术开发、技术咨询、技术服务、技术培训、技术承包、技术入股、各种科研生产横向联合等。

5. 计划形式 对国民经济影响较大的成果可以由各级经委安排将推广计划纳入国民经济计划。

6. 其他 还可以采取优惠价格、分期付款、优质服务、送货上门等方式进行新器械、新仪器的推广。对一些前瞻性研究、理论性研究，如“中风预测咨询指导”、“急性心肌梗塞及心肺复苏的现场抢救技术”等，最好汇编成防治手册，送到基层或社区保健部门及时推广，提高全民医疗、预防、保健水平。另外，还要依据《科技进步法》、《药品管理法》等法律法规，以国家发展科技和经济的政策为导向，选择一些先进性、成熟性、实用性的研究成果进行推广。同时要合理处置知识产权，避免因推广无序、急功近利、以远低于成果自身价值的价格转让，造成成果隐性流失，或因盲目扩大推广范围，造成国家推广资金的浪费。

【实例分析】

按以下提示要求撰写一份科研课题申请书

课题能否申报成功，一方面取决于课题是否具备科学性、创新性、先进性、实用性、目的性、可行性、时限性，另一方面取决于课题申报书的内容是否条理清晰、完整，能否充分表达课题的内涵。因此，在充分调查研究、论证的基础上，填写课题申报书时应注意以下问题：

1. 简表：

研究项目、申请者、项目组成员、研究内容（这部分是整个课题的精髓，一定要填好，要精而再精，10 不超过 150 字，要求简明扼要地写出本课题研究什么？具有什么意义），主题词或关键词不多于 3 个，标题少于 25 个字。

2. 立论依据：

研究意义：对学科发展是否有用，能起到哪些作用？

对实际工作是否有用，能起到哪些作用？

国内外研究现状：国内外对此问题是否有研究，如果有研究，进行到了什么程度，还有哪些问题没有解决；如果对此问题没有研究，与此问题有关的工作有哪些，其结果对此课题有无帮助。目前要研究的问题是什么？

3. 研究方案：

（1）研究目标：研究内容和拟解决的关键点。

（2）研究方法：包括技术路线、实验方案、可行性分析。要详细写明实验对象、每一步采用什么方法，具有可重复性。

（3）研究特色：即创新之处，与国内外同类研究相比有何独特之处。

（4）预期研究进展和结果：分阶段的目标和要完成的工作，最后的成果。如：发表几篇论文，是否完成专著，报什么奖等，或形成什么标准、技术、仪器等。

4. 研究基础：

（1）研究工作积累和已取得的研究工作成绩。

（2）已具备的实验条件、缺少的实验条件和拟解决的途径。如：利用某实验室。

(3) 申请者、主要学历、研究工作简历、近期论著、目录、文章。

5. 经费预算:

支出科目、经费、计算根据及理由(科研业务费、实验材料费(占大部分)、协作费、实验室改装费),申请总数略多于标准,不能过多。

6. 申请者正在承担的其他项目和过去已申请的项目。

【参考文献】

1. 林菊英,金 乔主编. 中华护理全书. 江西:江西科学技术出版社,1993
2. 周秀华主编. 实用护理科研教程. 上海:第二军医大学出版社,1998
3. 潘绍山,孙方敏,黄始振主编. 现代护理管理学. 北京:科学技术文献出版社,2001
4. 张 俐,管 鹏,刘玉馥主编. 现代护理心理学. 北京:科学技术文献出版社,2002
5. 王 冬,朱乃苏,陈志兴主编. 现代医院管理理论与方法. 上海:上海科学技术文献出版社,1992
6. 丁涵章等主编,《现代医院管理全书》,杭州:杭州出版社,1999
7. 赵曙光,张兰芳,李小予. 医院护理科研管理模式的探讨. 解放军医院管理杂志,1999;6(5):353~354
8. 吉德平,李 雪,胡卫健. 加强医院科研管理提高临床科研水平. 中华医学科研管理杂志.2000,13(3):186-187

9. **第十二章 继续护理学教育管理**

10. **Management of continuing nursing education**

11. **【教学目标】**

12. **识记**

13. 1. 继续医学教育、继续护理学教育的概念。
14. 2. 继续护理学教育的原则。
15. 3. 我国目前的继续护理学教育的组织层次体系。

16. **理解**

17. 1. 国家对继续医学教育的项目的有关规定。
18. 2. 继续医学教育的现状。
19. 3. 继续护理学教育的学分要求和学分分类。
20. 4. 国外继续护理学教育的方法,其主要优势是什么?

21. **应用**

22. 请结合您的工作实际,论述如何有效地开展继续护理学教育?

23. **第一节 继续医学教育**

24. **一、继续医学教育的概述**

25. 继续医学教育是在终身教育思想影响下建立的,经过不断地实践和完善,目前在世界范围内已逐步形成了一个科学化和规范化的继续医学教育体系。继续医学教育是医学教育连续统一体中的一个重要的环节,是实施终身教育的必然途径。

26. **(一) 继续医学教育的概念**

27. 1. 继续教育 继续教育(Continuing education, CE)是指对全日制学校和高等学校完成学业或中途辍学的青年和成人所进行的专业训练和一般文化教育,这种教育应在人的一生中不断进行,以

适应社会变化和科学技术不断革新的需要。

28. 2. 继续医学教育 继续医学教育(Continuing medical education, CME)是以学习新理论、新知识、新方法、新技术为主的医学教育,是医学教育连续统一体,是基本医学教育、毕业后医学教育、继续医学教育的最高阶段。其对象是毕业后通过规范或非规范的专业培训,正在从事专业技术工作的各类卫生技术人员。
29. (二)继续医学教育的现状 作为一种教育制度,并成为医学教育连续统一体的一个组成部分,在国外,继续医学教育是二十世纪七十年代以后才得到发展;在国内,继续医学教育则是二十世纪七十年代末和八十年代初引入我国。经过三十多年的发展,目前在世界范围内已是逐步形成了一个科学、规范、完善的继续医学教育体系,继续医学教育的现状可从以下 5 个方面来体现。
30. 1. 继续医学教育的立法和制度化 目前,通过政府对继续医学教育立法的国家不多,但不少国家已经逐步从部门规章地方立法或学会的章程转向全国性立法。要使继续医学教育制度化,其关键是通过立法手段,使卫生技术人员参加继续医学教育的权利和义务得到确认,同时也促进继续医学教育经自愿参加向强制性参加的方向发展。
31. (1)国外的情况 在美国,继 1972 年部分的州对继续医学教育立法后,联邦政府制定了继续医学教育的法律,通过立法对全美的继续医学教育作了强制性规定,要求每位医师、护士每年必须完成规定的学分,以此作为执照再注册的必要条件。在欧洲,法国是第一个对继续医学教育立法的国家。1993 年,英国皇家医学会规定以学分制为基础的继续医学教育制度,每年每人 50 学分(时),5 年内必须完成 250 学分(时)。联邦德国公法中的职业法明确规定,各类医师均有义务接受继续医学教育,要求每位医师 3 年内完成 60 学时的继续医学教育课程,并规定 60% (36 学时)要在联邦继续医学教育中心完成,40% (24 学时)可以在其他州举办的继续医学教育课程中完成。
32. (2)国内的情况 我国第一个继续医学教育法规性文件《继续医学教育暂行规定》(卫生部 1991 年 7 月 1 日)的颁布,对全国继续医学教育工作起到了积极的指导和推动作用。目前,我国继续医学教育制度已基本建立,继续医学教育工作已在全国普遍开展,并取得了显著成绩。随着我国经济、社会的发展和卫生改革的不断深入,继续医学教育的法制化、制度化进程加快,以更好地适应卫生改革与发展的需要。有关继续医学教育规章制度的建设请参阅第十二章第一节第二部分的继续医学教育的制度。
33. 2. 继续医学教育项目的认可和项目管理 在欧美发达国家,继续医学教育作为卫生系统的一部分,不仅通过立法机构对卫生技术人员参加继续医学教育的义务和权利做出了明确的规定,而且对项目的管理也制定了严格的标准,以保证继续医学教育的质量。现以美国为例介绍如下。
34. (1)项目认可 认可又称为评鉴(Accreditation)是指对继续医学项目进行承认、许可的准入过程。在美国,继续医学教育项目由继续医学教育评鉴委员会(Accreditation Council for continuing medical education, ACCME)做出认可。ACCME 是一个非官方的继续医学教育评鉴机构,成立于 1979 年,它由美国医学会、美国医学院协会、美国医院联合会、美国医学教育联合会、美国州医学执照委员会联合会、美国医学专科医师协会所组成,并设有常设机构。州一级的继续医学教育项目,由州医学会和相应的专科学会负责认可,联邦一级的继续医学教育项目,由 ACCME 负责认可。ACCME 的职能是:①对提供继续医学教育项目的主办单位授予认可;②提出认可和评估的政策;③研究如何提高继续医学教育的组织和过程;④研究继续医学教育评估标准和方法等。
35. (2)我国对继续医学教育项目和教育基地的认可 请参阅第十二章第一节第二部分的继续医学教育的项目。
36. 3. 继续医学教育的经费支持 在国外,继续医学教育的经费来源大致上有 5 种途径:①政府:政府对继续医学教育的经费支持,在实行公有卫生服务管理体系占主导地位的国家,政府给予主要的投资。如英国每年向每一位符合享受继续医学教育费用的人提供 2400 英镑的费用。意大利的国家法律第 48 条规定,对长期在公有卫生服务系统工作的人,可以利用国家卫生基金强制参加继续医学教育;②企业和保险公司:企业出资,包括制药工业、医疗设备、保险公司等。在德国、美国许多保险公司对继续医学教育有专项资助项目,他们把继续医学教育列为降低保险索赔的一项对策。因此,企业和保险公司均乐意为继续医学教育出资;③医疗机构自筹资金:美国医疗卫生已成为仅次于国防的第二

大消费部门。医院的继续医学教育经费中，40%用于医院自行举办的继续医学教育项目，60%用于各种形式的继续医学教育活动：④个人支付 在私有卫生服务市场与占主导地位的国家，国家对继续医学教育投入有限，由于法律上或制度上要求必须接受继续医学教育，所以个人出资是集资的主要渠道；⑤多渠道集资（即以上途径的混合）。

37. 4. 继续医学教育的组织模式 目前，主要是以学习新知识、新技术为目标，以大学和医院为基础的继续医学教育组织模式。在美国，继续医学教育在内容选择和方法上采取多种形式，大致上有以下7种：①短训班：这是一种连续性的课程，对选定的课程在几天或几周内完成；②间断性课程：这类课程是每周或每月授课1~2天，全部课程在几周或几个月内完成；③研究生受训者课程：这是一种住宿形式的教学，多数在医学院校或医院中进行短期离职进修；④家庭学习：这类课程通常以自学方式进行，由主办单位通过函授方式给予指导，提供多种具有声像资料的教材；⑤巡回教学：这类课程是为分散在农村或缺乏教育资源的小城镇医务人员提供，由主办单位派演讲团进行巡回教学；⑥远程教育：这是一种利用现代通讯工具进行教学的继续医学教育课程。它是一种新技术，将逐步取代集中的办班，使每一位在职卫生技术人员都有机会获得继续医学教育。美国1980年已成功通过通讯卫星，将全国性医学会议向全国播放。设在洛杉矶的医院卫星联播中心(Hospital Satellite Network, HSN)，自1983年以来，利用制作的继续医学教育项目，每周7天，每天24小时向全美大多数州的医院播放，正规的继续医学教育节目，每节授课30分钟，每3次给予1学分，学分由经认可的主办单位或大学继续医学教育部签发；⑦其他形式：包括参加学术会议、参观新技术展览、举办各种讨论会等。

38. 5. 继续医学教育的评价 继续医学教育的评价是一项复杂的工作，包括继续医学教育需求和项目的评价、项目实施和效益的评价。其中对继续医学教育需求和项目的评价已经建立了较完善的制度，我们在前面曾阐述过。对项目实施过程的评价，应着重于对个人的评价，对效益的评价，应着重于对实施效益的分析。

39. (1) 对个人的评价 首先，应明确对个人的评价是继续医学教育性质所决定的，因为继续医学教育是一个按个人学习需要来组织的过程。评价的重点应是受培训者培训前后行为的改变，评价的模式采用了6个指标：①参加(Attendance)：指入学率、持学率；②满意度(Satisfaction)：采用问卷法，对概括性问题作定性分析和定量分析，及时反馈；③知识(Knowledge)：采用测试法，同考核前的成绩进行比较；④能力(Competence)：采用临床能力测试法，即对临床思维能力的测试；⑤操作技能(Performance)：采用现场考察，模拟考试等；⑥医疗质量(Patient outcome)：是对医疗质量的考核，包括诊断的正确率、处方质量、临床检查项目选择合理性、治疗率等。

40. (2) 对效益的评价 主要是对效益的分析过程，评价模式由4部分组成：①业务活动分析(Task analysis)：通过业务活动分析，可以判断通过继续医学教育后，卫生服务的质量得到改善的程度。可采用同项目相关的疾病诊断准确率、治疗率、平均住院日、转诊率等指标作培训前后的比较研究来判断；②费用分析(Cost analysis)：按继续医学教育的费用投入和产出单位数来计算回报率；③效率分析(Efficiency analysis)：可以根据继续医学教育的活动类型、参加人数和投入的资金进行比较。

41. 二、国家的有关规定

42. 从20世纪70年代末和80年代初开始，继续医学教育引入我国，国家卫生部组织对我国继续医学教育问题进行系统地研究，以探讨适合我国国情、具有中国特色的继续医学教育理论和模式，并善于建立我国继续医学教育制度。经过20多年的努力，我国继续医学教育制度已经建立。主要体现在：第一，加强了对继续医学教育的领导。卫生部、各省、自治区、直辖市以及地、县两级均成立了继续医学教育委员会或领导小组，健全了组织机构，加强了对继续医学教育的组织管理。第二，加强了继续医学教育制度的建设。国家制定和完善了继续医学教育的有关规章制度，颁布了《全国继续医学教育委员会章程》全继委发(2001)第01号，《继续医学教育规定(试行)》卫科教发[2000]477号，《国家级继续医学教育项目申报、认可办法》和《继续医学教育学分授予办法》全继委发(2001)第02号，《国家级继续医学教育基地认可标准及管理试行办法》全继委发(2001)第03号，《继续护理学教育试行办法》和《继续药学教育试行办法》卫继委发(1997)第08号，《中医药继续教育暂行规定》国中医药教[1997]10号等。各省、自治区、直辖市依据国家的有关规定并结合各地实际情况，进一步制定和完善了继续医学教育实施原则，从政策和制度上保证了继续医学教育工作的深入开展。第三，各省、

自治区、直辖市组织重点学科和优势学科申报国家级继续医学教育项目，组织开展省、市级继续医学教育项目，为卫生技术人员参加继续医学教育创造了条件，确保他们从全国的角度了解、学习和跟踪国内外的先进技术，提高医疗技术水平和保证服务质量。

43. （一）继续医学教育的制度 依法治教是 21 世纪我国教育事业深化改革，加快发展的必然要求。社会主义市场经济体制的建立和逐步完善，要求建立与之相适应的以法制为基础的教育体制和运行机制；社会主义民主与法制建设的不断深入，要求完善教育法律制度，保障公民的受教育权和人民群众参与教育事业管理的权利。同样，继续医学教育的发展从根本上要靠法治、靠制度保障，使继续医学教育改革和发展中出现的新问题能更多地运用法律手段予以调整、规范和解决。
44. 国家先后颁布了《中华人民共和国教育法》等法律文件；国务院制定了《中国卫生改革和发展纲要》等教育法规；卫生部、教育部等制定了《继续医学教育规定（试行）》等部门规章。这些国家教育法律和与之配套并成为国家法律有益补充的法规、规章的制定，初步形成了有中国特色的社会主义教育法律法规体系。自 1991 年，我国第一个继续医学教育的法规性文件《继续医学教育暂行规定》颁布，经过 12 年的努力，我国建立了较为完善的继续医学教育规章制度，使我国继续医学教育步入了科学化、制度化、规范化和法制化的轨道，为继续医学教育的改革与发展提供了有力的支持和保障。从而，有效地推动了继续医学教育的发展。
45. （二）继续医学教育的项目 继续医学教育的项目包括项目的申报、认可和教育基地认可。
46. 1. 继续医学教育项目的申报、认可 包括申报项目的分类及认可条件和申报程序。
47. （1）申报项目的分类及认可条件 项目有两大类。第一类，国家级继续医学教育项目：包括经全国继续医学教育委员会学科组评审、由卫生部批准公布的项目；国家级继续医学教育基地举办、由卫生部公布的项目。国家级继续医学教育项目应以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为主要内容，注重项目的针对性、实用性和先进性，必须符合下列条件之一：①本学科的国际发展前沿；②本学科的国内发展前沿；③边缘学科和交叉学科的新发展；④国外先进技术、成果的引进和推广，国内先进技术、成果的推广；⑤填补国家空白，有显著社会效益的技术和方法。第二类，省、自治区、直辖市级继续医学教育项目：包括经省、自治区、直辖市继续医学教育委员会学科组评审，由卫生厅（局）批准公布的项目；省、自治区、直辖市级继续医学教育基地举办，由卫生厅（局）公布的项目；中华医学会、中华口腔学会、中华预防医学会、中华护理学会第一级学科学会举办，并向全国继续医学教育委员会备案的项目。省、自治区、直辖市级继续医学教育项目应该在国家级继续医学教育项目认可条件的框架下，符合相应的要求。
48. （2）申报程序 建立了一套严格、规范化的程序。①申报国家级继续医学教育项目：第一步，凡是拟举办国家级继续医学教育项目的单位，必须先报所在省、自治区、直辖市继续医学教育委员会，经核准后，由所在省、自治区、直辖市继续医学教育委员会负责向全国继续医学教育委员会推荐。卫生部直属单位和全国性一级学科学会（包括中华医学会、中华口腔学会、中华预防医学会、中华护理学会等）举办国家级继续医学教育项目，可直接向全国继续医学教育委员会申报。第二步，各省、自治区、直辖市继续医学教育委员会以及卫生部直属单位、全国性一级学科学会于每年下半年将下一年度推荐的或拟举办的国家级继续医学教育项目的项目名称、主办单位、内容和方式、申请依据、教学对象和人数、日期、地点、考核办法和拟授学分、项目负责人和参加讲课人简况以及收费标准等，向全国继续医学教育委员会申报。第三步，所有申报的项目由全国继续医学教育委员会办公室进行形式审查，由全国继续医学教育委员会学科组进行评审，报卫生部批准，卫生部每年年底将批准认可的下一年度国家级继续医学教育教育项目，按学科分类，列出项目编号、名称、主办单位、项目负责人、学分数、日期、地点等向社会公布，供全国卫生单位和有关技术人员选择参加；②申报省、自治区、直辖市级继续医学教育项目：凡是拟举办省、自治区、直辖市级继续医学教育项目的单位，必须向所在省、自治区、直辖市继续医学教育委员会申报，经核准后，由省、自治区、直辖市继续医学教育委员会按学科分类，列出项目编号、名称、主办单位、项目负责人、学分数、日期、地点等向社会公布，供全省、自治区、直辖市的卫生单位和有关技术人员选择参加。
49. 2. 继续医学教育基地的认可 执行教育基地认可制度，有助于加强对继续医学教育项目的管理，提高继续医学教育培训质量。教育基地的认可包括基地的条件、基地的职责和基地的管理。

50. (1)基地的条件 同时具备以下五个条件的二级或三级学科,可申请作为国家级继续医学教育基地:
①国务院学位委员会认定的博士学位授权点或国家级重点学科或国家重点实验室;②近五年内获得过至少二项省(部)级或一项国家级科技奖励;③申报时承担着至少三项省(部)级及其以上级别的科技计划课题;④连续三年举办过国家级继续医学教育项目;⑤有专人负责基地的继续医学教育工作,具备结构合理的师资队伍、现代化的教学设备和条件。
51. (2)基地的职责 ①开展面向全国的国家继续医学教育活动,活动内容应侧重新技术、新方法的培训;②按时制订年度培训计划,教学计划,编写教材,保证教学质量;③按分布的国家继续医学教育项目,组织培训与教学管理;④每年底以前将基地工作总结和本年度举办的国家继续医学教育项目的执行情况、汇总表、总结、教材等材料经上级主管部门报全国继续医学教育委员会。
52. (3)基地的管理 ①国家继续医学教育基地在全国继续医学教育委员会的指导下,在主管部门和所在单位的领导下积极开展继续医学教育活动;②国家继续医学教育基地经认真履行基地的职责,举办的国家继续医学教育活动应符合国家继续医学教育项目标准,保证项目水平和教学质量;③国家继续医学教育须填写下一年度的《国家继续医学教育项目备案表》,由所在单位上报主管部门,主管部门于年底前上报全国继续医学教育委员会,经批准、认可后,由卫生部统一向全国公布;④基地举办的继续医学教育活动,应严格执行卫生部颁发的《继续医学教育学分授予办法》的规定授予学分,继续医学教育项目学分的证书,严格按照有关规定办理;⑤国家继续医学教育基地实行滚动式管理,每三年评估一次。凡不能履行基地的职责,不能保证教学质量,经有关专家评估,由卫生部予以撤销。
53. 各省、自治区、直辖市卫生厅(局)继续医学教育委员会,应参照此办法制订省、自治区、直辖市继续医学教育培训基地试行办法。

54. 第二节 继续护理学教育

55. 一、继续护理学教育的概述

56. 继续护理学教育是临床护理教育的重要组成部分,也是现代医院护理管理的重要任务之一。临床护理教育是继医学院校教育之后,对从事临床护理专业技术工作的各级、各类护理人员进行专业教育的统称。它包括新护士岗前培训、护士规范化培训、继续护理学教育、护理实习生临床教学和临床实习、护理进修生培训等。

57. (一)继续护理学教育的概念 卫生部继续医学教育委员会在《继续护理学教育试行办法》卫继委发(1997)第08号附件一中明确指出:“继续护理学教育(Continuing nursing education, CNE)是继毕业后规范化专业培训之后,以学习新理论、新知识、新技术、新方法为主的一种终生性护理学教育,目的是使护理技术人员在整个专业生涯中,保持高尚的医德医风,不断提高专业工作能力和业务水平,跟上护理学科的发展。”

58. 美国护士学会(American nurses association, ANA)认为:“继续护理学教育是有计划、有组织地为提高注册护士在护理服务、教育、管理、研究等方面的能力,提高他们的理论知识、操作技能和工作方法而安排的学习过程。”从广义上说,继续护理学教育是建立在已经获得知识的基础上,对过去所掌握的知识、技术和工作方法不断加以改进的终生学习过程;是对在职护理人员进行知识技能补充、更新、拓宽和提高的一种追加教育。要提高护理队伍的素质和业务技术水平,就必须加强护理人员的继续教育。

59. (二)继续护理学教育的必要性和紧迫性 随着医学科学技术的发展,医学研究的不断深化,高新科技的应用和交叉学科的不断诞生,使护理学在思维模式与认识方法上发生了重大变化。现代护理学理论,把护理看成了与周围环境和整个社会有着无穷丰富的内在联系与转化关系,使护理学的内涵与外延有了更为广阔的发展空间,在护理学基础、护理专科以外,又发展了护理心理学、护理社会学、护理伦理学和护理美学等人文社会科学,对护理人员的素质提出了更高的要求。仅有的院校教育和专业化学习,已经难以满足临床护理岗位、社区护理岗位需要,难以适应护理学科的发展。所以,大量的新理论、新知识、新技术和新方法,需要通过开展继续护理学教育得以更新、补充、扩展和深化。

60. (三)继续护理学教育的原则和特点 继续护理学教育逐步走向法制化、规范化,逐步形成自身发展的原则与特点。

61. 1. 继续护理学教育的原则 继续护理学教育应遵循以下原则。
62. (1) 继续护理学教育是一种追加教育 未来护理专业是以高新技术现代化和自动化、信息交流的频繁化来体现护理服务的高技能,护理工作具有科学性、技术性和服务性的统一,知识更新周期需相应地不断缩短,才能促进护理内涵质量的提高。因此,护理专业单靠一次性的学校教育及临床实践传统式传授已不能适应学科的发展。由于教育层次和知识结构的限制,护理人员在实际工作中表现综合分析和解决问题的能力不强,现有的在职护理人员的知识结构还不能完全适应学科发展的需要,与护理学本身的要求及其价值目标仍有差距。因此,一方面要培养高层次的护理人才,而更重要的是对现有的护理队伍的知识结构应通过继续护理学教育给予追加教育,进行护理人员的在职培训,使知识和技能得以更新、补充、扩展和完善,以科学的方法不断提高护理队伍的综合素质和整体素质。
63. (2) 继续护理学教育是一种终生性教育 继续护理学教育是继毕业后规范化专业培训之后,以学习新理论、新知识、新技术和新方法为主的一种终生性护理学教育。社会变革促使护理工作趋于多元化。终生性的护理学教育能拓宽护理人员知识的多元化、技术多能化,使护理学科达到适应新世纪发展的要求。
64. (3) 继续护理学教育要注重实效 开展继续护理学教育要紧密结合护理工作的需要,体现个体性、需求性、层次性和专业性要求,才能收到实际效果,有利于促进临床护理工作质量的提高。
65. (4) 继续护理学教育要突出“四新” 继续护理学教育要突出对新理论的学习、新知识的了解、新技术的掌握以及新方法的应用。
66. (5) 继续护理学教育重在管理 切实加强、完善对继续护理学教育的管理,将继续护理学教育规范化、制度化、法律化是搞好继续护理学教育的根本保证。①健全继续护理学教育的培训计划和保障制度:使护理人员的学习有目的、有计划、有落实,提高学习的自觉性,从而使接受继续护理学教育从被动要学习转为主动去学习,达到终生受益;②建立继续护理学教育的激励机制:定期考核、考评结合。使继续护理学教育成为业绩、注册、聘任、晋升等的重要依据。
67. 2. 继续护理学教育的特点 继续护理学教育的特点体现在以下方面。
68. (1) 在管理上:①政府行为与行业两级管理:1984年召开的全国护理专业教育座谈会上指出对在职护士缺乏进一步的培训,开始提出要逐步建立培训和继续教育制度。随着国内继续护理学教育试点工作在全国的开展及国外继续护理学教育的逐步法制化,我国护理管理人员认识到护理学要真正成为一门与医学平行的独立学科,除了要发展高等护理教育外,还必须加大力度开展继续护理学教育。1997年5月在全国继续教育会上颁发的《继续护理学教育暂行规定》(讨论稿)是我国第一次系统地对继续护理学教育的对象、含义等内容进行阐述的一份文件。在这份文件中明确指出继续护理学教育是继毕业后规范化专业培训之后,以学习新理论、新技术、新知识和新方法为主的一种终生性护理学教育,继续护理学教育的对象是毕业后,通过规范化或非规范化的专业培训,具有护师或护师以上专业技术职务的正在从事护理专业技术工作的护理技术人员。继续护理学教育的内容要适应不同专科护理技术人员的实际需要,注重针对性、实用性和先进性,以现代护理学科学技术发展中的新理论、新技术、新知识和新方法为重点。这份文件对统一及规范对继续护理学教育的认识,促进相互之间的沟通与交流,加速继续护理学教育的发展,起着不可估量的作用。②建立了较完善的规章制度:从政府到行业均逐步建立和完善法律、法规和各级规章;③实行学分制:学分在继续护理学教育中的运用标准逐渐统一。1988年天津市首先将学分用于护士教育的管理。目前定义护士的继续教育的考核方法不尽相同,但用于最终衡量护士参加继续教育活动的指标多数实行学分累计制,将各种不同的考核方法所获得的结果折算成学分,以学分的高低来评价教育的差异。1992年广州军区总医院将计算机引入继续护理学教育管理,研制了继续护理学教育学分管理系统和临床能力计算机辅助考试系统,为继续护理学教育的管理提供了新思维。1997年5月在全国继续教育会上与《继续护理学教育暂行规定》(讨论稿)同时颁发的《继续护理学教育学分授予试行办法》(讨论稿)中对护理人员继续护理教育的项目、各种项目的申报与认可办法、学分授予办法和计算方法都作了规定。同时还将学分按活动性质分为Ⅰ类学分和Ⅱ类学分,要求护师或护师以上人员每年必须参加继续护理教育活动,取得25学分,其中Ⅰ类学分须达到3~10学分。
69. (2) 在培训上:①从全国角度看,以实施国家级项目为主;②培训对象:继续护理学教育的对象是

毕业后通过规范或非规范化的专业培训，具有护师及护师以上专业技术职务的正在从事护理专业技术工作的护理技术人员。参加继续护理学教育，既是护理人员应享有的权利，又是应尽的义务。③培训内容：继续护理学教育的项目内容是结合岗位实际需要的新理论、新知识、新技术和新方法。④培训形式：继续护理学教育的形式应体现短期学习和业余学习。根据不同的学习内容和条件，灵活多样地开展。

70. （四）继续护理学教育的内容与形式 符合实际需要的继续护理学教育内容和灵活多样、注重实效的培训形式，是有效落实继续护理学教育的重要环节。

71. 1. 内容 继续护理学教育的内容要适应护理学科和临床医学的

72. 发展和各级护理人员的实际需要，要适应不同专科护理技术人员岗位的实际需要，强调针对性、实用性和先进性，以现代护理学科发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为学习重点。随着护理学科发展的需要，不断改革继续护理学教育的内容。①增加护理理论的学习：护理理论是护理科学的一个重要特征，护理要成为一门专业并得到认可，必须发展理论研究，形成学科理论，以理论指导临床实践，以增进护理专业的自主权，提高护理学科在学术上和社会上的地位。此外，通过加强理论学习，使临床护理人员了解和掌握护理理论，从而能够更加稳固专业价值观念；②注重专科护理的继续教育：随着护理学科的发展，临床护理学在深度和广度上不断地扩展，专科的新业务、新技术得到广泛的应用。因此，系统的专科护理的培训有助于提高临床专科护理水平，不断适应医学发展的需要和患者的健康需求；③注重护理实践技能培养，体现护理所需要的知识结构；④应关注人文社会科学，包括政治思想、职业道德、护理伦理、医学伦理、护理心理、护理美学、卫生法律法规、沟通交流技巧等内容；⑤应增加社区护理、康复护理、老年护理、健康促进、护理干预、预防保健等教育项目；⑥应加大护理管理理论与科学管理方法、高新技术设备的应用与护理配合以及与护理学科相关的临床医学、医学边缘学科和交叉学科的培训力度。

73. 2. 形式 继续护理学教育的形式应以在职的短期培训和业余学习为主，具体应根据不同的培训内容、不同的培训对象、不同的培训条件和可以利用的资源，而采取灵活多样、注重实效的培训方法。

74. （1）具体活动形式 一般常有学术会议、学术讲座、专题讨论会、专题讲习班、专题调研和考察、疑难病历护理讨论会、护理会诊、护理技术操作示范教学、各类短期和长期的培训等。此外，为同行继续护理学教育提供教学、学术报告、发表学术论文和出版著作等，也应该视为参加继续护理学教育。

75. （2）形式的扩展 自学是继续护理学教育的主要和重要形式。护理人员参加继续教育是自身发展和自我提高的一种手段，学习应是以自学的形式为主，医院教育的形式为辅。对自学的管理应有明确的目标并经考核认可。此外，随着护理学的发展，应注重不断开发多种渠道和多种形式的继续教育，信息技术的应用就是最典型的例子。随着信息技术的发展和应用，护理人员有了更快捷、更便利的获取知识的途径。通过这种途径可以进行护理学术交流，可以开展远程教育，可以举办各种培训并通过组织相应的考试或作业形式了解教育对象的学习效果并授予一定的学分。网络的信息交流有效地促进了信息的沟通，使在职护理人员在完成继续护理学教育项目时，能够避免学习时间和空间的局限，提供了更灵活的学习机会。

76. 二、继续护理学教育的管理

77. 到目前为止，我国仍没有全国性的继续护理学教育组织机构。1996年中华护理学会第22届第二次常务理事会把建立全国继续护理学教育管理机构纳入了其工作的九五规划：在卫生部继续医学教育委员会下组成护理学学科组，在这个机构下成立各省、自治区、直辖市的各级继续护理学教育管理机构。这已成为必然，为了进一步推动我国继续护理学教育的发展，必须形成全国性的继续教育管理网络组织。通过建立国家和省、自治区、直辖市两级的继续医学教育委员会，在国家卫生部、各省、自治区、直辖市卫生厅（局）的领导下，在各级专业学会的协助下，加强对继续护理学教育的组织管理和学分管理。

78. （一）组织管理 继续护理学教育的组织管理包括组织机构的设立和相应的职能要求。

79. 1. 设立组织机构 建立国家和省、自治区、直辖市两级的继续医学教育委员会，作为领导和质量监控的权威组织。委员会下设办事机构。

80. （1）全国继续医学教育委员会在卫生部的领导下，由卫生部、部分卫生厅（局）、部分医学学术团

体和部分高等医学院校等领导成员和专家共同组成。

81. (2) 各省、自治区、直辖市继续医学教育委员会在所在省、自治区、直辖市卫生厅(局)的领导下,由卫生厅(局)、医学学术团体以及高等医学院校等领导成员和专家共同组成。
82. (3) 各地、县两级可建立相应的继续医学教育领导小组,负责贯彻落实省、自治区、直辖市继续医学教育委员会的计划和要求,组织各项活动。
83. 见图 12—2—1 继续护理学教育组织管理机构图
- 84.
- 85.
- 86.
- 87.
- 88.
- 89.
- 90.
- 91.
- 92.
- 93.
- 94.
- 95.
- 96.
- 97.
- 98.
- 99.
- 100.
- 101.
- 102.
- 103.
- 104.
- 105.
- 106.
- 107.
108. 2. 各级管理机构的主要职能 不同层次的管理机构承担着相应的职能。
109. (1) 卫生部继续医学教育委员会的主要职能是:①研究我国继续医学教育的政策和规定,并提出建议;②研究和提出我国继续医学教育的总体规划方案;③负责制订继续医学教育项目的认可标准和学分授予标准;④负责国家级继续医学教育项目及其主办单位和学分的审批;⑤定期公布已认可的全国性继续医学教育项目及其单位名单;⑥组织全国继续医学教育文字教材和声像教材的编辑及出版工作;⑦向中央教育电视台推荐优秀的继续医学教育电视节目;⑧对各省、自治区、直辖市的继续医学教育工作和项目进行检查、指导和评价。
110. (2) 省、自治区、直辖市继续医学教育委员会的职能是:①制订本省、自治区、直辖市继续医学教育计划,并提出具体要求;②参照全国继续医学教育委员会制订的认可及学分授予标准,负责该省、自治区、直辖市级的继续医学教育委员会及其主办单位和学分的审批;③定期公布已认可的全省、自治区、直辖市继续医学教育项目及其单位名单;④组织继续医学教育文字教材和声像教材的编辑、出版和发行工作,并向全国推荐;⑤组织和协调本省、自治区、直辖市内各专业、各层次卫生技术人员共同的继续医学教育项目;⑥对全省、自治区、直辖市的继续医学教育工作和项目进行检查、指导和评价。
111. (3) 地、县两级可建立相应的继续医学教育领导小组,负责贯彻落实省、自治区、直辖市继续医学教育的计划和要求,组织各项活动。

112. 3. 建设与组织管理相配套的继续医学教育规章制度 请参阅本章第一节第二部分继续医学教育的制度。

113. (二) 学分管理 我国继续护理学教育主要采用定量与定性相结合的学分制管理。继续教育主办单位应加强学习考核, 注重学习效果, 未按要求参加学习者不予发学分证书; 各单位继续教育管理部门应严格执行学分登记管理制度, 审核学习内容以防流于形式; 各级职能部门应确实有效地定期抽查各单位继续教育登记管理情况, 在注重数量的同时审核质量, 真正做到监督、指导、控制作用。杜绝只顾凑够学分, 不注重学习质量和学习效果的现象, 使继续护理学教育达到其应有的作用。继续护理学教育的学分管理包括学分授予的办法和学分授予的管理。

114. 1. 学分授予的办法 包括学分要求、学分分类和学分授予标准。

115. (1) 学分要求 继续医学教育实行学分制。继续医学教育对象每年参加继续医学教育活动, 所获得的学分不低于 25 学分, 其中 I 类学分 5—10 分, II 类学分不低于 15—20 学分。省、自治区、直辖市医疗卫生单位、三级医院和一级防保机构的继续医学教育对象, 五年内必须通过参加国家级继续医学教育项目获得 10 学分。两类学分不可互相替代。

116. (2) 学分分类 按照继续医学教育活动, 学分分为 I 类学分和 II 类学分两类。

117. I 类学分: 国家级继续医学教育项目和省市级继续医学教育项目可授予 I 类学分。

118. 国家级继续医学教育项目: ①全国继续医学教育委员会评审、由卫生部批准和公布的项目; ②国家级继续医学教育基地举办, 由卫生部公布的项目。

119. 省级继续医学教育项目: ①省、自治区、直辖市继续医学教育委员会评审, 由省级卫生行政部门批准和公布的项目; ②省级继续医学教育基地举办, 由省级卫生行政部门公布的项目; ③中华医学会、中华口腔学会、中华预防医学会、中华护理学会等一级学科学会举办, 并向全国继续医学教育委员会备案项目, 均属于省级继续医学教育项目。

120. II 类学分: 自学、发表论文、科研立项、单位组织的学术活动等其它形式的继续医学教育活动授予 II 类学分。

121. (3) 学分授予标准 分为 I 类学分计算方法、II 类学分计算方法、远程教育和进修培训。

122. I 类学分计算方法: ①参加国家级继续医学教育项目活动, 参加者经考核合格, 按 3 小时授予 1 学分; 主讲人每小时授予 1 学分; ②参加省级继续医学教育项目活动, 参加者经考核合格, 按 6 小时授予 1 学分。主讲人按每小时授予 1 学分; ③上述 1、2 中每个项目所授予学分数, 最多不超过 25 学分。

123. II 类学分计算方法: ①自学是继续医学教育的一种重要形式。凡自学与本学科专业有关的知识, 应先定出自学计划, 经本科室领导同意后执行。写出综述, 每 2000 字可以授予 1 学分, 但每年最多不超过 5 学分; ②由全国继续医学教育委员会或省、自治区、直辖市继续医学教育委员制定或指定的杂志、音像、光盘等形式的有关四新的自学资料, 学习后经考核, 按委员会规定该资料的学分标准授予学分; ③在刊物上发表论文和综述, 按以下类别计算学分:

刊物	第一作者	第二作者	第三作者
国外刊物	10	9	8 学分
具有国际标准刊号 (ISSN) 及国内统一刊号 (CN) 的刊物	6	5	4 学分
省级刊物	5	4	3 学分
地 (市) 级刊物	4	3	2 学分
内部刊物	2	2.5	1 学分

124.

125. ④科研项目, 已批准的科研项目, 在立项当年按以下标准授予学分:

126.

课题类别	课题组成员排序 (余类推)				
	1	2	3	4	5
国家级课题	10	9	8	7	6 学分
省、部级课题	8	7	6	5	4 学分

市、县级课题 6 5 4 3 2 学分

128. ⑤出版医学著作，每编写 1000 字授予 1 学分；⑥出国考察报告、国内专题调研报告，每 3000 字授予 1 学分；⑦发表医学译文每 1500 汉字授予 1 学分；⑧由单位组织的学术报告、专题讲座、技术操作示教、手术示范、新技术推广等，每次主讲人可授予 2 学分，参加者授予 0.5 学分。参加者全年所获得的该类学分，最多不超过 10 学分；⑨临床病理讨论会、多科室组织的案例讨论会、大查房，每次主讲人可授予 1 学分，参加者授予 0.2 学分。参加者全年所获得的该类学分，最多不超过 10 学分。
129. ②~⑨ 均由单位主管继续教育部门负责审查给分。
130. ③现代远程继续医学教育学分的授予按该项目所属等级及规定的学分数办理；编制远程教育课件的脚本，按该继续医学教育项目所属级别授予标准记分。
131. 现代远程继续医学教育的Ⅱ类学分授予的具体规定由各省、自治区、直辖市继续医学教育委员会制定。
132. 经单位批准，凡到外单位进修（含出国培训）6 个月及其以上，经考核合格者，视为完成每年规定的 25 学分。
133. 2. 学分授予的管理 包括建立和完善学分授予的规章制度和学分授予的管理手段。
134. （1）建立和完善学分授予的规章制度 ①建立继续护理学教育登记制度：项目主办单位授予相应项目类别的学分，学员所在单位负责登记。现代远程教育仍按此原则执行，设立《继续医学教育学分登记手册》。登记的内容应包括：项目名称、编号、日期、内容、形式、认可部门、学分数、考核结果、签章等。继续医学教育登记证由省、自治区、直辖市继续医学教育委员会统一印制和发放。登记证由本人保管，在参加继续护理学教育项目后由主办单位签章认可，作为参加继续护理学教育的凭证；②建立继续护理学教育考核制度：一方面，各单位应建立继续护理学教育档案，将本单位护理技术人员参加继续护理学教育活动的情况作为本人考绩的一项内容。护理技术人员须按规定取得每年接受继续护理学教育的最低学分数，才能作为再次注册、聘任及晋升高一级专业技术职务的条件之一；另一方面，各单位开展继续护理学教育工作的情况，应作为领导、护理管理者工作业绩考核的内容之一；再者，对积极开展和踊跃参加继续护理学教育活动，并且成绩显著的单位和个人，应经过考核给予表彰和奖励。
135. （2）学分授予的管理手段 随着临床护理学教育的发展和考核科学化、制度化和规范化，采用人工方法处理考核数据已经满足不了需要。近年来，探索运用计算机学分管理系统对继续护理学教育进行管理。
136. 计算机学分管理系统是综合计算机技术、临床护理学教育理论和模糊数学原理研制而成的应用系统。该系统主要包括考核体系、运行参数和运算模式三部分。①考核体系：考核体系是指根据继续护理学教育的不同对象，采用相应的考核项目和权重，建立由分级结构组成护理人员考核系统。如：一级考核系统为继续护理学教育活动；二级考核系统为Ⅰ类学分的继续护理学教育项目和Ⅱ类学分的继续护理学教育项目；三级考核系统为对应Ⅰ类学分的国家级继续医学教育项目和自治区（省）级继续医学教育项目。对应Ⅱ类学分的自学考试、学术会议、学术论文、科研立项、科研成果、学习班、专题讨论会等等；②运行参数：运行参数是指根据继续护理学教育对象的层次和学历不同，采用不同的考核项目、培训周期、权重和学分等考核评价的基本项目。如：考核具有大学专科学历、副主任护师职称的护士长，其运行参数由考核项目、权重、大学专科学分、比较学分所组成。其中，考核项目可设立：在读护理本科、国家级继续护理学教育项目、自治区（省）级继续护理学教育项目、自学本学科专业有关知识、自学本学科管理有关知识、学习指定杂志、音像、光盘等形式的“四新”自学资料、年度在省级以上刊物发表论文和综述，护理科研项目、护理科研成果、出版护理学著作和护理学视听教材、出国考察报告和国内专题护理学管理及业务调研报告、发表护理学译文、单位组织的学术活动主讲人或参加者、市级学术活动主讲人或参加者、自治区（省）级学术活动主讲人或参加者、全国学术活动主讲人或参加者、单位护理会诊、护理查房、临床护理教学等中心发言人或参与者、学术会议和远程护理学教育。对应国家级继续护理学教育项目，权重为 0.05~0.1，标准学分为 5~10；③运算模式：运算模式是指用于计算学分管理系统中数量记录的方法。一般采用直接计量。直接计量是指在考核中有明确的考核项目数量记录，并将这些数量记录按评定标准直接计算学分的方法。在计算

机学分管理系统中常用标准学分和比较学分。标准学分是指用来衡量考核对象是否达到某项教育内容的基本标准。比较学分是指用来表示获得同一标准学分者之间的差异，即达标者中一位的绩效更佳。

137. 计算机学分管理系统以菜单形式，分别完成《继续护理学教育学分登记手册》中各类数据的输入、查阅、修改、删除、统计、排序、打印、输出等功能。有利于对护理人员的考核实行数量化考核管理，从而增强了对继续护理学教育管理工作的系统性和科学性。

138. **第三节 国外继续护理学教育**

139. 一、国外继续护理学教育的概况

140. 国外继续护理学教育始于欧美国家，它伴随着继续医学教育而逐步地产生和不断地发展。继续护理学教育的产生与发展已形成了终生教育思想与护理教育连续统一体，在相关理论研究、法规制度完善、教学基地、培训师资、教育内容、质量效果等方面都较为完善，有力地促进了护理学科的发展。

141. (一) 国外继续护理学教育的组织 从发展趋势来看，国外倾向于制度化继续护理学教育。以美国为例，了解国外继续护理学教育的组织。美国护理管理主要分为三支：美国护理联盟，是美国护理专业教育管理的最高机构。它由 38 个州护理联盟组成，设有护理研究、护理教育、护理技能和护理信息管理等咨询委员会。任务是研究护理教育、主管全美护理教育；美国护士学会（ANA），是美国护理学术团体的最高机构。作为一个联盟体，它总部设在首都华盛顿，50 个州设有分会，是州政府直接管理的下属独立机构，机构名称为“某州护理管理董事会”，设有护理政策和实践部、政府公共关系部、护士工作安全部和护理教育部；任务包括护理基金会、护理学院、护理资格学会的工作范畴。美国护士协会（工会），任务是争取护士、病人权力和立法。

142. 美国继续护理学教育组织管理：

143. 1. 联邦政府一级 全国继续医学教育评鉴委员会（ACCME）。组成：美国医学会，美国医学院协会，美国医院联合会，美国医学教育联合会，美国州医师执照委员会联合会，美国医学专科医师协会，美国护士学会等。其任务是认可继续教育的主办单位；认可继续教育的课程项目；认可跨州的继续教育活动。

144. 2. 州政府一级 州护士学会又称州护理管理董事会，州护理联盟和相应的护理专科学校。其任务是认可继续护理学教育的主办单位；认可继续护理学教育的课程项目。

145. 3. 当地（市、县）和医院一级 其任务是具体组织执行和落实继续护理学教育的培训项目。如各地医院护理部设专职管理人员，称为“继续教育协调人”（CE Coordinator），相当于护理部副主任的职务，主管医院临床护理教育，包括职前培训、继续教育和临床带教。

146. 目前，美国 50 个州中已有 22 个州的卫生当局以护士再注册为目的，制定了注册护士定期参加继续教育的法律和法规，规定每 2 年申请再注册时必须同时交验已经完成继续护理学教育的学分证明，使之成为执照再注册的依据。美国护士学会正在努力将继续护理学教育同护理实践联系起来，并能对继续护理学教育的成效做出评价，使继续护理学教育和医师的继续医学教育一样，向制度化、规范化和法制化方面发展。

147. 见图 12—3—1 美国继续护理学教育组织管理机构图。

148.

149.

150.

151.

152.

153.

154.

155.

156.

157.

158.

159.

160.

161. (二) 国外继续护理学教育的作用 继续护理学教育是结合科技、教育、人才培养于一体的事业, 其作用主要体现在以下几个方面。

162. 1. 能够促使护理人员培养的规范化 继续护理学教育的产生与发展, 有力地冲击了护理专业单靠一次性的学校教育及临床实践的经验式传授的传统观念, 使终生教育的模式逐步被护理界所重视, 促使终生护理学教育的结构框架的形成; 完成对护理人员培养连续性的规范化过程。

163. 2. 能够不断提高护理人员的专业水平 护理专业水平的提高, 是促进医学科技进步的一个重要途径。以新理论、新知识、新技术和新方法为主的继续护理学教育, 有效地提高了护理人员的专业工作能力和业务水平, 保证护理人员能在整个职业生涯中适应岗位, 胜任岗位的需要。

164. 3. 能够解决科技、教育和临床三者之间的关系 科学技术要发展是硬道理, 继续教育持续提供了保障, 继续护理学教育的性质、目的、内容和方法, 有效地解决了临床岗位的需要与在职学习的矛盾, 满足临床用人的需要。实施继续护理学教育促使使用与培训的有机结合, 从而促进人才的培养。

165. 4. 能够跟踪国内外护理学发展的趋势 面对新世纪知识经济的迅猛发展, 给护理学科学技术发展带来了新的机遇和挑战, 紧跟国际护理前沿的重要性和揭示了护理人才培养的迫切性。继续护理学教育一方面突破了时间、空间的界线, 另一方面, 有效应用现代远程教育、计算机网络教育、规范新颖的教材及护理学专业杂志等先进教学手段, 使跟踪国内外护理学发展趋势成为现实。

166. 二、国外继续护理学教育的管理

167. 国外继续护理学教育的管理, 其特点是理念先进、机构健全、制度完善、手段规范和质量保障。

168. (一) 国外继续护理学教育的方法 教育的方法主要体现在继续护理学教育的标准、继续护理学教育的内容和继续护理学教育的方式三方面。现以美国、日本国为例, 了解国外继续护理学教育的方法。

169. 1. 继续护理学教育的标准 美国护士学会只从法规制度上给予要求, 而不制定全美统一的继续护理学教育的标准。各州护理管理董事会在州政府的直接管理下, 行使较大的自主权。所以, 全美各州的继续护理学的标准不尽相同。日本护理学会成立于 1946 年, 1948 年创立护理教育研修中心。1987 年由全国护理学会会员的会费建成了一幢综合性护理教育研究基地, 即现位于车京都清濑市护理教育研修中心。该中心由继续教育部门、认定部、图书馆组成, 是对全国护士进行终生职业教育、培养教育能力及优秀的护理实践能力的最高机构。每年全国约有 3000 护士脱产接受为期不等的继续护理学教育。

170. (1) 学分授予 美国从 2 年 5 学分到 30 学分不等, 一般为每 2 年 30 学分, 其中专业占 20 学分; 日本国则是在培训班结业时, 颁发相应的结业证书, 以便注册及上岗, 培训期限从 2 日到 3 个月、6 个月不等。

171. (2) 师资要求 美国、日本的继续护理学教育主办单位的师资队伍基本固定, 外请的教师也相对固定。教师全部都是本科以上学历, 美国主要是博士和硕士学会的师资, 而且多数都有论著、专著出版。日本要求各都、道、府、县每 2 年选派具有 5 年会员会龄的护理教师到护理教育研修中心集中培训 1 次。护理教师的教育层次高、实验室和临床动手能力强、责任感很强是他们特点, 充分有效地保证了教学质量。

172. (3) 教材要求 教材品种多, 资源很丰富。应配备有书籍、杂志等文字资料; 电视、电影、广播等视听教材; 计算机网络教育资料和远程教育资料。教材更新迅速, 书籍教材一般周期为 1~2 年; 其余教材更是以新型、实用具有较强的吸引力。

173. (4) 培训经费 经费来源多样化。采用的方式一般是国家提供的专项补助资金; 聘用单位、医疗保险公司、药厂企业、社会慈善机构以及护士学会的会费交纳的会费; 个人出资等。例如, 美国的继续护理学教育经费, 如是 ACCME 认可的项目或医院立项经认可的项目, 是可以免费培训; 如是参加自学、提高学历学习则需自费。

174. 2. 继续护理学教育的内容 教育的内容丰富, 一般包括 3 个方面。

175. (1) 共性项目 各州护理管理董事会规定一些培训的必备项目, 例如: 放射安全, 火灾措施, 安全用电, 心肺脑复苏 (CPR), 结核病相关内容, 脊柱自身保护措施以防腰肌劳损等。

176. (2) 专业项目 以新理论、新知识为主,要求充实、更新护士们的知识,适应护理学的发展;要求继续护理学教育同护理实践联系起来,根据国内各地区其国民健康状况中表现出的最突出、最具有代表性的问题进行相关知识的讲座,并定期举办全国的护理学术交流会。某些专业项目设有规定的学分,如:自学、提高学历学习等学分不应超过每2年8学分。
177. (3) 相关项目 护士的继续教育除接受共性项目和专科项目教育外,还包括法律知识,保险制度、药理知识、自我保护等内容。尤其重要的是注重对护士敏捷思维方式、主动预见问题能力和处理问题的应变能力的培训。例如:在医生来到之前,护士先于医生处理病人的问题,护士在抢救病人中处于什么作用;注重“怎样发挥您的领导作用”的领导意识培训,他们认为,具有领导意识,才能将工作做得更好,才会主动去做一些工作。例如:护士见病人等候医疗时间长,护士就会主动想办法协调,知道如何去做,采取措施以缩短等候时间。教育护士怎样为病人节约开支,掌握医疗保险计划和制度的变化;教育护士了解医疗技术的发展,了解病人对医疗、护理、环境药品的要求等等。
178. 3. 继续护理学教育的形式 教育的形式是灵活多样,包括:连续性课程,间断性课程,自学,巡回教学,远程教育及其它形式。采用的手段有在课堂接受老师授课,在院校实验室等观看录像或电影,通过计算机完成培训课程,实施教育网络化等。例如:美国护士学会(ANA)及美国护理联盟,均开设有教育网站,这些网站均是美国护士学会和美国护理联盟与国家相关的专业研究所合作开发的网站,护士们可以随时在网上查询各种资料。
179. (二) 国外继续护理学教育的意义 医学是一门综合性很强的科学。随着医学科学技术的发展,现代医学正沿着两个方向发展:一是向微观深入,即深入到细胞、亚细胞、分子、直至量子层次,是向生命活动和疾病过程的机理深入;二是向宏观扩展,是朝机体、人体、人群、社区、宇宙生态环境等方面拓宽。微观的深入和宏观的扩展,使医学的知识量急速增加,学科划分愈来愈多,出现了许多分支学科、交叉学科、边缘学科和横向学科。医学模式也在进行转变,即由传统的生物医学模式转变为生物——心理——社会医学模式。
180. 为适应21世纪医学的发展,护理工作面临着观念和模式的转变,护理教育面临着新的挑战。护理工作从单一的关注疾病的过程,扩展到综合地关注社会人的过程,体现了以疾病为中心——以病人为中心——以健康人为中心的转变;从单一的配合医疗的生理护理,扩展到综合地提供生理、心理、预防、保健、康复、社会和环境护理,体现了护理模式的转变,护士角色功能内涵的延伸和护理服务范畴的扩大。与此同时,教育思想也发生了相应更新,教育观念也发生了相应转变,把一次性学校教育传统观念转变为阶段性分专业的终生教育新观念。这种新的教育观念,从20世纪50年代末开始,已经逐渐被国际医学教育广泛接受。现在,对于一位护士来说,接受护理学教育是一个终身连续的过程,由三个性质、目的、内容和方式各不相同而又互相衔接的教育阶段组成,即护理院校基本教育、毕业后护理学教育和继续护理学教育。这三个方面的教育,就是“护理学教育连续统一体。”
181. 继续护理学教育是适应护理模式转变需要的终生教育思想,而提出的“护理学教育连续统一体”的新概念;科学技术的迅速发展,知识更新周期的不断缩短,各种新理论、新技术、新业务的不断涌现,以及社会变革促使护理工作趋于多元化等,这些背景对护理专业提高了更高的要求,它既是挑战也是机遇。通过继续护理学教育,能拓宽护理人员的知识多元化、技能多能化,培训和造就不断适应发展需要的护理人才。
182. 【实例分析】
183. 某医院护理部在制定继续护理学教育工作计划时所引发的思考
184. 某省级综合教学医院,床位1100张,临床科室46个,专业齐全。现有护士800人,学历结构是硕士4人,占0.5%,本科42人,占5.3%,专科429人,占53.2%,中专325人,占40.6%;职称结构是主任护师2人,占0.25%,副主任护师33人,占4.1%,主管护师271人,占33.9%,护师249人,占31.1%,护士245人占30.6%,
185. 根据以上情况,请思考:
186. 如何针对该院的护士层次开展继续护理学教育?
187. 使每位接受继续护理学教育的护士每年获得规定学分得有效方法?
188. 【参考文献】

189. 秦新华主编. 继续医学教育文件资料选编. 长春: 长春出版社, 1997
190. 潘绍山等主编. 现代护理管理学. 北京: 科学技术文献出版社, 2001
191. (磨琨)
- 192.

第十三章 医院感染管理

Management of nosocomial infection

【教学目标】

- 识记** 1. 医院感染的概念。
2. 医院感染管理的体系与主要职能。
- 理解** 1. 护理管理在防止医院感染中有哪些作用？
2. 如何对医院感染实施控制与预防？
3. 医院重点部门的医院感染预防的主要措施。
- 应用** 在预防医院感染中，您可以采取哪些个人防护措施？

第一节 医院感染的概述

一、医院感染的概念

医院感染（Nosocomial Infection, NI）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处于潜伏期的感染。它的研究对象不仅包括住院病人、门诊、急诊病人、陪护人员、探视人员，还包括医务人员。

二、医院感染的影响

（一）医院感染的不良后果 医院感染是现代医院管理中面临的一个重要问题，医院感染的发生可能会带来一系列不良后果。

1. 危害人群健康 首先，医院感染会给病人增加痛苦，严重的医院感染常常使病人原发疾病的治疗不能达到预期的疗效或完全失效，甚至产生难以治愈的后遗症或死亡，严重地影响了医疗质量。其次，医院感染造就了新的感染源，通过传播途径而继续传播，可能会带来新的危害。

2. 降低医院的工作效率 医院感染会延长病人住院时间，加大医疗工作量，而加重医疗、护理工作的负担，影响床位周转使用，而使床位周转率下降，从而降低了医疗工作效率。

3. 造成卫生资源的浪费 医院感染会增加个、集体及国家的经济负担，造成卫生资源的浪费。

4. 妨碍先进技术的发展 医院感染易发生于施行多种现代先进技术检查和治疗病人中，如器官移植过程中因为医院感染的发生可能导致器官移植的失败。所以，医院感染是妨碍许多现代化先进技术的应用和进一步发展的重要原因。

（二）医院感染的意义 因为医院感染可能带来许多不良的后果，必须引起高度重视并采取有效的控制措施。

1. 加强医院感染管理 医院感染管理是衡量医院管理水平的重要指标，是医疗护理质量的关键环节之一。

2. 提高医务人员预防和控制医院感染的意识 通过不断地培训、不断地强化，从而提高医务人员预防医院感染的意识，达到主动预防和控制的目的。

3. 完善医院感染管理的规章制度 制定医院感染管理的规章制度，在医疗护理的实践中严格执行，通过有效的质量监控体系使规章制度得以落实。

4. 医院感染与护理 医院感染是护理学的基础理论；护理学是医院感染管理的重要内容；护士是医院感染控制的主要力量。

第二节 医院感染管理的概述

一、医院感染管理的体系与职能

医院感染管理的组织形式、职责和组成人员等是医院感染管理的手段和基础，其任务是使组织落实、开展必要的监测和严格管理措施三个关键环节得到落实。

（一）医院感染管理的体系 国家卫生部 1988 年颁发的《关于建立健全医院感染管理组织的暂行办

法》中规定：300 张病床以上医院设医院感染管理委员会，300 张病床以下医院设医院感染管理小组。医院感染管理体系，见图 13—2—1。

（二）医院感染管理的职能 在医院感染管理的组织结构中，各级组织的形成、职责、组成人员均有所不同，履行不同的职能。

(1) 机构组成模式 医院感染管理委员会一般设主任 1 人, 由院长或分管业务的副院长担任; 副主任 1~2 人, 由分管业务的副院长或感染科主任担任; 委员 6~10 人或以上; 秘书 1 人, 由感染科主任兼任。

(2) 主要职责 ①制定医院感染控制规划、标准及管理制度及实施细则，并组织实施；②通过监控网络系统收集、整理、分析和报告医院感染的资料，进行医院感染监测；③每季度召开会议一次，汇报工作及存在问题，共同分析现状，考评工作效果，商讨并提出改进对策；④履行管理和监督，定期或不定期检查制度落实情况和标准执行情况；⑤负责全员的业务培训；指导临床合理使用抗生素；⑥发生医院感染重大事件、公共卫生突发事件时，迅速组织启动公共卫生管理预案，立即逐级按程序上报，保持沟通，并采取果断措施处理。

(1) 机构组成 医院感染科由医师、护士、检验师组成, 设专职人员 3~10 人, 除科主任外, 一般按每 250 张病床设置专职人员 1 名。

3. 临床科室医院感染管理小组 是在感染科的指导下, 具体负责本科室医院感染管理工作。

（2）主要职责 ①制定本科室落实医院感染管理计划的具体实施措施和督促执行医院感染管理规章制度；②监测医院感染病例与感染流行环节，报告病例与流行趋势，协助调查；③监督本科室抗菌药物的合理使用；④组织本科室医院感染知识的培训；⑤监督本科室人员执行各项无菌操作技术、消毒隔离制度；⑥对配膳员、卫生员、护工、陪护及探视者进行管理。

（一）医务人员医院感染的特点

2. 感染的途径多 医务人员在工作中主要通过以下途径发生感染：①直接接触；②间接接触；③飞沫传播；④空气传播；⑤消化道传播；⑥血液、体液传播。

染源。感染控制要做到组织上落实、制度上保障、措施上有效。重点监测内容包括感染高危险性疾病和感染高危险性工作区。

1. 感染高危险性疾病 据文献报道，医院工作人员常见的医院感染的种类有：血液传染；食入传染；接触传染和吸入传染。

2. 感染高危险性工作区 高危险性与医务人员所承担的工作有关。明确感染的危险区域和潜伏因素，是感染监控的一项主要内容。此类区域有：血液透析室、供应室、传染科、呼吸科、小儿科、手术室、重症监护等。

（三）医务人员感染管理的个人防护 个人防护是切断由工作人员向他人传播疾病途径的关键一环，是重要的自我管理过程。包括工作人员明确应该做好个人防护和知道如何去防护。

1. 做好个人防护 个人防护应该是全方位的，包括提高个人防护意识、使用个人防护技术和应用个人防护用品。

（1）提高个人防护意识 关键在于对工作人员进行健康安全教育和培训。教育内容除相关知识外，还应结合临床工作性质和特点强调与职业有关的感染问题，通过临床获取的第一手资料和实际案例的经验教训来培训，是最好的教材和手段。

（2）使用个人防护技术 ①洗手：一是用肥皂和流动水洗手，以达到从手表面去除细菌的清洁手的目的。二是用各种有效的消毒剂，以达到消毒手的目的。具体的洗手方法和步骤请详见本章第三节洗手与无菌技术；②手部消毒的标准指标：医院工作人员的手的带菌总数不得超过 8 个/cm^3 ，并不得检出沙门氏菌。

（3）应用个人防护用品 ①必备的设施：洗手设施、洗澡间、消毒剂等，要求充足、齐全、功能好；②必需的用品：工作服、工作裤、隔离衣、帽子、口罩、手套、脚套、防护镜等，要求常规穿戴或依据具体情况应用。

2. 实施预防措施 医务人员医院感染预防工作包括建立医务人员健康档案、血清学检查和免疫接种、教育与培训等基础环节。

（1）建立医务人员健康档案 医疗机构对医务人员进行健康评估和体检：①进行健康评估：对新职工上岗前健康评估和对在职职工的定期健康体检。健康评估主要是根据病史、体检、诊断等进行。②建立健康档案：为健康者给予定期体检、定期评估，以维护良好健康状态；为感染者或带菌者给予针对性的门诊或住院治疗，追踪他们的治疗效果。

（2）血清学检查和免疫接种 医务人员具有获得不同职业性感染的危险性，有必要进行相应的血清学检查，以了解免疫状态。医疗机构要为医务人员提供综合性的免疫计划，包括特异性和非特异性免疫预防。①特异性免疫预防：原则上使用疫苗应在工作人员进入高危区域之前进行。②非特异性免疫预防：结合不同疾病的爆发和可能爆发的情况，对工作人员进行必要的被动免疫和药物预防。

（3）教育与培训对医务人员进行职业危险性及其预防措施的教育，使医务人员了解自己工作环境和性质情况，有无何种危险因素，如何预防并且使他们知道在遭受某种感染地后果怎样处理自己所受的感染及怎样防止该病的传播。

（四）医务人员感染性疾病的预防和控制 对在医院工作中有机会直接接触传染病人和带菌者的污染物的工作人员，应采取有效的预防和控制措施，尽可能做到免受感染，即便是感染发病率低、程度轻，康复快。主要预防和控制环节有：暴露前的预防措施（具体内容见（二）医务人员的感染监控，（三）医务人员的个人防护），暴露后的处理措施和感染后的治疗处理。

1. 暴露后的处理措施 主要是对未进行免疫接种的工作人员，在他们因工作暴露于某种感染性疾病的血、分泌物及排泄物后，应当及时用药物、疫苗、免疫球蛋白等进行处理。

2. 感染的治疗处理 治疗处理应包括处理措施，处理范围和积极治疗。

（1）处理措施 ①工作限制：工作限制是指对患有严重的高度传染性疾病的的工作人员；或对在没有完善的预防措施下，已经暴露于高度传染性疾病的的工作人员，为了防止感染扩散，应在一定期限内调离直接治疗和护理病人的岗位，这项措施称之；②部分工作限制：对患有某些感染的工作人员只限制该工作

人员在一定期限内不担任某项工作或戴手套进行某项操作，而不是全部限制，这项措施称之。

（2）处理范围 适用于执行工作限制或部分工作限制的常见疾病有病毒性肝炎、流行性腮腺炎、麻疹、传染性结膜炎等。

（3）积极治疗 执行工作限制或部分工作限制，体现医院对健康的负责，体现了预防为主的工作人员和病人及家属政策。从工作人员角度，应该主动、及时汇报感染疫情和暴露的情况，按报告程序逐级上报，填写相关表格，以利及时获得治疗和健康状况追踪，并积极配合治疗。不应受经济和行政的处罚。从医疗角度，应该鼓励工作人员的汇报，积极组织给予治疗，完善各类登记报告记录。

四、医院感染管理的规章制度

医院感染管理的基础首先是建立健全各项规章制度，我国在医院感染管理方面所颁布的有关规定、标准和措施可参看附录一。

（一）医院感染的监测制度 医院感染监测的目的为了有效的控制医院感染的发生。医院感染监测的系统主要为组织系统、信息系统和计算机系统；医院感染监测的分类为全面综合性监测和目标性监测两大类；医院感染监测的内容包括医院感染病例监测、消毒灭菌效果监测和环境卫生学监测三种。

1. 医院感染病例监测 《医院感染管理规范（试行）》规定：“医院必须对病人开展医院感染监测，以掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。”

（1）监测的要求 ①监测的分类：全面综合性监测指对全院所有住院病人和工作人员的医院感染及有关危险因素进行的监测。医院通过采取前瞻性、回顾性和患病率调查等监测方法了解和掌握全院医院感染的发病率和各科室的发病率、感染部位、易感因素、抗生素使用、病原体、耐药及消毒隔离等情。目标性监测指在全面综合性监测基础上，在基本明确和掌握全院医院感染中存在问题的情况下将信息传递给医院感染管理人员，进一步采取制定控制及调查措施的监测方法；②监测的内容：一是资料采集，在调查和掌握医院感染发病率时，通过各方面资料采集对医院感染做出尽可能准确的判断。二是表格填报，在控制医院感染发病率中，通过填写医院感染病例登记表，为医院感染情况监测提供参考。三是资料的汇总分析，将采集的资料进行比较、分析、归纳和综合分析，以了解和掌握疾病的规律性。四是医院感染监测常用指标，如：医院感染病例发生率、医院感染例次发生率、现患率、漏报率等。

（2）监测的标准 根据卫生部《医院分级管理评审标准》、《医院感染管理规范（试行）》的要求，100 张病床以下（一级医院）、100-500 张病床（二级医院）、500 张病床以上（三级医院）医院的医院感染发病率应分别低于 7%、8%、10%。

2. 消毒灭菌效果监测 《医院感染管理规范（试行）》规定：“医院必须对消毒、灭菌效果定期进行监测。灭菌合格率必须达到 100%，不合格物品不得进入临床使用部门。”《消毒技术规范》规定了相关的监测方法。

（1）使用中的消毒剂和灭菌剂 定期或随时的生物和化学监测。①生物监测：消毒剂每季度一次，其细菌含量必须 $\leq 100\text{cfu/ml}$ ，不得检出致病性微生物；灭菌剂每月一次，不得检出任何微生物；②化学监测：应根据消毒、灭菌剂的性能定期监测。含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测，戊二醛应每周监测不少于一次；③消毒灭菌物品：进行消毒、灭菌效果监测，要求达到消毒、灭菌合格率 100%，消毒物品不得检出致病性微生物，灭菌物品不得检出任何微生物。

（2）压力蒸汽灭菌 必须进行工艺监测、化学监测和生物监测。①下排气压力蒸汽灭菌器的监测：每锅行工艺监测，记录锅号、压力、温度、时间、灭菌物品、灭菌操作者等项目；每包行化学监测，大手术包除包表面监测外，尚需进行中心部位的监测；每月行生物监测，新灭菌器使用前必须先进行生物监测，合格后才能使用；对拟采用的新包装容器、摆放方式、排气方式及特殊灭菌工艺，也必须先进行生物监测，合格后才能采用；②预真空压力蒸汽灭菌器和脉动预真空压力蒸汽灭菌器的监测：工艺监测、化学监测和生物监测均同下排气压力蒸汽灭菌器的监测。此外，化学监测中应每锅灭菌前进行一次 B-D 试验。

（3）干热灭菌 干热灭菌与压力蒸汽灭菌同属热力灭菌。每锅行工艺监测，每包行化学监测，每月行生物监测。

（4）环氧乙烷（EO）气体灭菌 每锅行工艺监测，每包行化学监测，每月行生物监测。

（5）紫外线消毒 进行日常监测，紫外灯管照射强度监测和生物监测。①日常监测：包括灯管应

用时间、累计照射时间和使用人签名；②紫外灯管照射强度监测：对新的和使用中的紫外灯管应进行照射强度监测，每 3~6 个月一次。新灯管的照射强度不得低于 100w/cm²，使用中灯管不得低于 70w/cm²；③生物监测：经消毒后，照射的物品或空气中的自然菌应减少 90%以上，人工染菌杀灭菌应达到 99.9%。

（6）内窥镜消毒、灭菌 各种消毒后的内窥镜（胃镜、肠镜、喉镜、气管镜等）及其它消毒物品，应每季度进行监测，不得检出致病微生物。各种灭菌后的内窥镜（腹腔镜、关节镜、胆道镜、膀胱镜、胸腔镜等）、活检钳及其它灭菌物品，应每月进行监测，不得检出任何微生物。

（7）医疗用品灭菌 ①进入人体无菌组织、器官或接触破损皮肤、粘膜的医疗用品必须灭菌，应符合《医院消毒卫生标准》（GB15982—1995）的规定；②接触皮肤、粘膜的医疗用品，细菌菌落总数应≤200cfu/g 或 100cm²，不得检出致病微生物；

（8）血液净化系统 ①标本采集：采样点为透析液入口及出口。当疑有透析液污染或有严重感染病例时，应增加采样点，原水口、转化水出口、反渗水出口、透析液配液口；②测定时间：每月一次，当检查结果超过规定标准值时，必须再复查。当怀疑或确定病人在治疗中有热原反应或菌血症时，应随时检测；③标准值：透析器入口液的细菌菌落总数必须<2000cfu/wl，不得检出致病微生物。如可疑污染情况下，应进行相应指标的监测。

3. 环境卫生学监测 环境卫生学监测包括对空气、物体表面和医务人员手的监测。

（1）监测部门 手术室、重症监护病房室（ICU）、产房母婴儿室、新生儿病房、骨髓移植病房、血液病房、血液透析室、供应室、无菌区、治疗室、换药室等重点部门。

（2）监测时间 每月监测一次。当发生医院感染流行，怀疑与空气、物体表面及医务人员手的污染有关时，应随时进行监测。

（3）监测的卫生学标准 应符合《医院消毒卫生标准》（GB15982—1995）的规定。见表 1 各类环境空气、物体表面、医务人员手细菌菌落总数卫生学标准。

表 1 各类环境空气、物体表面、医务人员手细菌菌落总数卫生学标准

环境类别	范围	标准		
		空气	物体表面	医护人员手
		cfu/m ³	cfu/m ³	cfu/m ³
I 类	层流洁净手术室、层流洁净病房	≤10	≤5	≤5
II 类	普通手术室、产房、婴儿室、早产儿室、普通保护性隔离室、供应室无菌区、烧伤病房、重症监护病房	≤200	≤5	≤5
III 类	儿科病房、妇产科检查室、注射室、换药室、治疗室、供应室清洁区、急诊室、化验室、各类普通病房和房间	≤500	≤10	≤10
IV 类	传染科及病房	—	≤15	≤15

（二）医院感染的教育制度 根据《医院感染管理规范（试行）》第三章规定：“省卫生行政部门应建立医院感染管理专职人员岗位培训制度，指定具有培训能力的单位承担本省医院感染管理岗位培训任务。培训单位的师资和全国医院感染监控网单位的专职人员应经全国医院感染监控管理培训基地培训。”

1. 教育的责任 卫生行政部门、医院主管部门、各科室负责人应逐级对医院感染的教育负责。组织建立健全医院感染的教育规章制度；组织开展对各级管理人员、医务人员和工勤人员进行预防、控制医院感染知识的常规培训；按要求定期安排人员参加有关医院感染知识的培训。

2. 教育的目的 使全员掌握医院感染的有关知识，主动参与预防和控制医院感染的工作，并增强全员的自我保护意识，控制医院感染的发生。

3. 教育的内容 培训内容包括管理知识和专业知识。管理知识包括：职业道德规范、医院感染管理相关的法律、法规、规章制度等。

4. 教育的要求 具体有以下几个方面。

(1) 医院必须对新上岗人员、进修生、实习生进行医院感染知识的岗前培训。

(2) 医院必须对在职人员按照培训内容进行继续教育的培训, 每年至少组织一次, 医院感染管理专职人员应参加预防、控制医院感染相关知识的继续教育课程和学术交流活动, 每年不少于 15 学时; 医务人员和其它管理人员每年不少于 6 学时。

(3) 加强医院与国内外之间的学术交流, 开展预防医院感染的各级、种类学术活动。

(三) 医院感染的消毒隔离制度 清洁、消毒和灭菌是预防医院感染的重要措施。1987 年卫生部颁布了《消毒管理办法》, 1992 年重新修订了《消毒管理办法》, 2001 年再次修订了《消毒管理办法》, 2002 年 7 月 1 日起施行。此外, 再次新修订了《消毒技术规范》(2002 年版), 这一系列的政策法规更为有利地推动了消毒灭菌工作的有效实施, 降低医院感染发生率。医院感染的消毒隔离制度有总体的消毒隔离制度和重点科室的消毒隔离制度。

1. 医院总体的消毒隔离制度 消毒灭菌与隔离的管理规范内容涉及医疗器械、医疗用品、消毒灭菌技术、手部皮肤、地面清洁和隔离。

(1) 医疗用品 医务人员必须遵守消毒灭菌原则, 进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌; 接触皮肤粘膜的器具和用品必须消毒。

(2) 医疗器械和物品 用过的医疗器械和物品, 应先去污染, 彻底清洗干净, 再消毒或灭菌; 其中感染疾病人用过的医疗器械和物品, 应先消毒, 彻底清洗干净, 再消毒或灭菌。所有医疗器械在检修前先经消毒或灭菌处理。

(3) 消毒灭菌技术 应根据物品性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌。①物理灭菌或消毒: 耐热、耐湿物品灭菌, 首先物理灭菌法。一是如手术器械及物品、各种穿刺针、注射器等应首选压力蒸气灭菌, 最好选用预真空和脉动预真空压力蒸气灭菌器; 二是油、粉、膏等首选干热灭菌。消毒首选物理方法, 不能用物理方法消毒的方选化学方法; ②化学灭菌或消毒: 根据不同情况分别选择灭菌、高效、中效、低效消毒剂。不耐热物品灭菌首选化学灭菌法, 如各种导管、精密仪器、人工移植物等, 最好选用环氧乙烷(E0) 气体灭菌; 内窥镜可选用环氧乙烷气体灭菌外, 也可用 2% 戊二醛浸泡灭菌。使用化学消毒剂必须了解消毒剂的性能、作用、使用方法, 影响灭菌或消毒效果的因素等, 配制时注意有效浓度, 并按规范定期监测。更换灭菌剂时, 必须对用于浸泡灭菌物品的容器进行灭菌处理。

(4) 低温蒸气甲醛气体消毒 应符合《消毒技术规范》(2002 年版) 可用于对湿、热敏感、易腐蚀的医疗用品的灭菌。自然挥发熏蒸法的甲醛熏箱不能用于消毒和灭菌, 也不可用于无菌物品保存。甲醛不宜用于空气消毒。

(5) 手部皮肤 详见本章第三节洗手与无菌技术。

(6) 地面清洁与消毒 地面应湿式清扫, 保持清洁; 当有血迹、粪便、体液等污染时, 应立即用含氯消毒剂拖洗, 消毒剂浓度符合《消毒技术规范》(2002 年版) 的要求。拖洗工具使用后应先消毒、洗净再晾干。

(7) 实施标准预防 标准预防是指认定病人的血液、体液、分泌物、排泄物均具有传染性, 须进行隔离, 不论是否有明显的血迹污染或是否接触非完整的皮肤与粘膜, 接触上述物质者, 必须采取防护措施。其基本特点为: ①既要防止血源性疾病的传播, 也要防止非血源性疾病的传播; ②强调双向防护, 既防止疾病从病人传至医务人员, 又防止疾病从医务人员传至病人; ③根据疾病的主要传播途径, 采取相应的隔离措施, 包括接触隔离、空气隔离和微生物隔离。医院应在实施标准预防的基础上, 根据不同情况, 对感染病人采取相应隔离措施。

2. 医院重点科室的消毒隔离制度 主要的重点科室有: 供应室、手术室、重症监护病房、产房与母婴室、新生儿室、骨髓移植病房、血液透析室、烧伤病房等, 应制定相应的消毒隔离制度。详见本章第四节。

第三节 医院感染与护理管理

一、 医院感染的护理管理

医院感染的预防和控制措施贯穿于临床护理的全过程, 涉及护理工作的各个环节, 因此, 护理管理在医院感染管理中有完善的管理体系和工作内容, 并具有自身的特殊性、重要性和作用。

(一) 护理管理在防止医院感染中的重要性 医院感染护理管理构成了医院管理系统的重要组成部分。

1. 积极、主动地预防 控制医院感染的有效途径是以预防为主。消毒、灭菌、无菌技术及隔离技术是切断微生物传播、预防医院感染的基本手段，也是护理工作的内容和基础，国内外研究成果显示，医院感染中有 30%-50% 与不恰当的护理操作及护理管理有关。因此，加强护理的基础质量，执行护理技术操作规范、落实护理工作的消毒隔离制度，即是护士在预防医院感染方面应承担的责任，也是控制医院感染的关键措施。

2. 直接的操作者角色 医院是各种病人聚集的地方，容易发生交叉感染。护士与病人接触最频繁、与病人的距离最近。一方面，能最早发现医院感染，护士起到医院感染监测的主要操作者作用；另一方面，如消毒隔离、无菌观念薄弱或者护理操作不规范，则易造成医院感染。

3. 直接参与医院感染的管理过程 护理部主任是医院感染管理委员会的主要成员之一，通过参与委员会的各项管理活动，并在医院感染科业务指导下，对医院感染中与护理相关的工作进行具体管理，实施并监督落实医院感染管理的规划、计划、标准和实施规则。

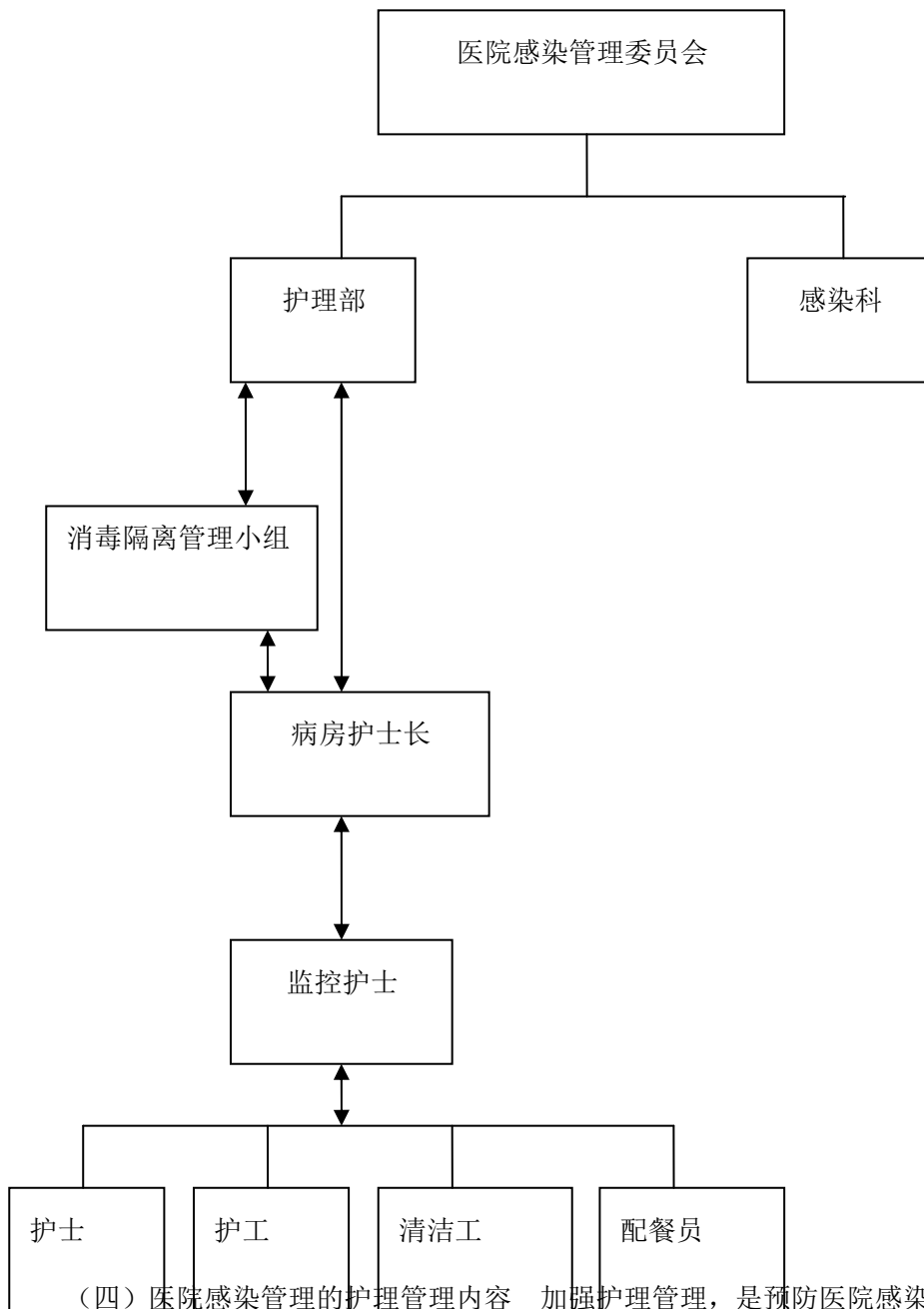
（二）护理管理在防止医院感染中的作用 基于护理管理在医院感染中的地位和所具有的重要性，护理管理在医院感染管理中的作用如下：

1. 组织者的作用 ①加强组织领导：护理部在医院感染管理委员会的领导下，组织成立医院感染护理监控网组织，由护理部主任或副主任担任组长，科护士长和部分护士长担任成员，每个科室设一名医院感染监控护士。该护理监控网络组织负责逐级督促检查护理人员执行医院感染管理的有关规章制度情况，体现层层负责；②完善规章制度：制定医院感染的护理管理计划与措施，制定各项消毒隔离管理考核内容及标准，制定落实规章制度的奖惩制度，使护理管理规范化、标准化、制度化和法制化。

2. 实施者的作用 ①定期监测：依据规定、要求和标准，定期组织进行质量检查，定期对检查结果进行动态分析、评估和反馈，针对存在问题采取措施及时纠正；②落实消毒管理的“四定”：即定人负责；定期消毒；定时检查；定期监测。按常规监测各种消毒液的效果，监测中心消毒供应室或手术室压力容器的理化性能，监测特殊区域及治疗室、换药室、重症监护病房等重点部门的空气培养情况；③加强易感宿主、危险因素和重点部门的医院感染管理：老年病人脏器功能低下，抗感染能力减弱，患儿处于生长发育阶段，免疫系统发育尚不成熟，对微生物的易感染性高及免疫力低下等病人是医院感染的高危人群，是护理重点关注的对象；中心消毒供应室、手术室、产房等特殊区域及 ICU、CCU、PICU、NICU 等是医院感染高发区，是护理重点监测的部分；④规范重点部门的布局与设备：在手术室、大面积烧伤病房、移植病房（骨髓、器官）等应安装空气净化装置，供应室、手术室、产房等应严格区分“三区”（清洁区、半污染区和污染区）。在手术室、传染病房、治疗室、换药室等应使用感应龙头或脚踏式开关充足的洗手池等设施，严防交叉感染。

3. 教育者的作用 ①加强对护理人员的教育培训：不断地进行有针对性的防范意识教育（自我防护意识教育）和专业知识培训，是预防医院感染的重要环节；②重视做好病人及探视者的健康教育：护士有能力也有责任向病人和探视者宣传预防疾病和医院感染等知识，尤其是需要隔离的病人，以取得他们的合作，主动自觉地配合医务人员做好消毒隔离工作。

（三）医院感染管理的护理管理体系 医院感染管理是一个系统工程，护理管理是该系统的重要子系统。护理部与医院感染科的有效合作与协调是搞好医院感染管理的关键。医院感染管理的护理管理体系，见图 13—3—1。



（四）医院感染管理的护理管理内容 加强护理管理，是预防医院感染的关键措施。护理管理主要通过以下工作内容控制和预防医院感染。

1．医院感染的预防 国内外大量研究成果和临床实践证明预防比治疗更具主动性、积极性。

（1）加强护理工作的基础内容 基础内容包括消毒、灭菌、无菌技术、隔离等基本工作手段和基础护理等基本工作内容。

（2）执行消毒、灭菌、隔离制度 在病房护士长的领导和医院感染科专职人员的业务指导下，病房监控护士负责本病房医院感染的护理管理，并进行管理效果的质量控制。

（3）做好医院感染病例的监测 病房监控护士应协助医师及时上报医院感染率。

2．医院感染爆发流行的处理 处理包括调查、分析原因、制定整改措施、实施措施并反馈效果。如：针对输液反应，立即逐级汇报，启用输液反应登记表，并指导、协助科室进行采样监测，会同感染科、药剂科、设备科、供应室等部门商议寻找感染源处理对策，及时控制输液反应。

3．医院感染的控制 感染科、护理部分别定期将监测结果和质量检查情况反馈到各病房，并协助病房制定针对存在问题的整改措施，然后监督执行。

4．开展医院感染知识的教育 护理部、感染科共同负责对全院护士的教育，包括岗前教育、专题讲座、学术研究会等。护士长、监控护士负责对科室的护工、清洁工、病人、陪护及探视者进行教育。

二、 医院感染的控制与预防

医院感染的控制与预防是以医院感染监测的资料为依据，以医院感染管理为手段，目的是提高医疗质量，保证患者医疗安全。医院感染控制与预防的方法主要是洗手与手的消

图 13-3-1 医院感染管理的护理管理体系

毒、消毒灭菌、隔离预防、无菌技术、净化技术、合理使用抗生素，此外对媒介因素和易感人群等采取相应的措施。

（一）洗手与无菌技术 洗手和无菌技术是阻断通过医务人员操作而传播疾病的关键环节，对降低感染率起着重要的作用。

1. 洗手 医务人员的手是医院感染中一个十分活动而且重要的媒介，国内外流行病学调查显示，经手传播比经空气传播更具有危险性。

（1）洗手目的 是去除手上污垢和大部分暂居微生物。切断经手传播途径，是防止感染扩散的最简单而又最重要的一项措施。

（2）洗手指征 ①直接接触任何病人前后；②直接接触两个病人之间；在同一病人身上，从污染部位操作转为清洁部位操作之间；③无菌操作前后；④进入或离开病房之前；在病房中由污染区进入清洁区之前；⑤处理清洁或无菌物品之前；⑥处理分泌物、排泄物等污染物品后；⑦接触病人伤口前后；⑧戴脱手套和口罩前后；穿脱隔离衣前后。

（3）洗手设备 病房及各诊疗科室应设有齐全的流动水洗手设施，开关采用脚踏式、肘式或感应式；常用洗手剂为普通肥皂，清洁剂或液态肥皂；擦手毛巾一人一巾，每日消毒，最好采用一次性无菌纸巾；乙醇甘油洗手剂，属快速消毒剂，在不便于频繁洗手时使用。

（4）手部的卫生学标准 I类环境和II类环境医务人员手 cfu/cm²≤5；III类环境医务人员手 cfu/cm²≤10；IV类环境医务人员手 cfu/cm²≤15。

2. 无菌技术 保持无菌物品不遭污染以及保证无微生物侵入人体，以免引起感染的操作，称为无菌技术。无菌技术是预防医院感染的一项重要而基础的技术，其操作规程是根据科学原理制定的，如违反规程，就可能造成医院感染。

（二）隔离与预防 将处于传染期内的病人、可疑的传染病人和可疑的病原携带者同其他病人分开，或将感染者置于不能传染给他人的条件下，称为隔离。隔离与预防是防止感染因子从病人或带菌者处传染给他人的一种有效的措施。

1. 隔离的种类 隔离分为7大类，严格隔离、呼吸道隔离、肠道隔离、结核病菌隔离、接触隔离、引流物/分泌物隔离、体液/血液隔离。

2. 隔离的护理技术 隔离的护理技术涉及护理管理及护理工作的多方面，主要有护理人员的隔离着装、器械物品的消毒及使用、病人排泄物及污物的处理、病人、陪人、探视人员的管理等。①隔离室的设置：设置隔离室的目的是将感染源与易感染宿主从空间上分开，减少或去除任何途径的传播机会，此外，也是提示护士离开隔离室后去接触另一病人之前，必须洗手并认真执行隔离常规。②隔离标志的应用：隔离区（室）的周边应设有隔离标志，以引起人们的警戒，提示医务人员、病人、探视者等应遵守隔离的规章制度。隔离标志可以是图案或文字，其中，严格隔离采用黄色标志图案，呼吸道隔离采用蓝色标志图，肠道隔离采用棕色标志图案，结核菌隔离采用灰色标志图案，接触隔离采用橙色标志图案，引流物/分泌物隔离采用绿色标志图案，体液/血液隔离采用红色标志图案。注意实施感染爆发时的隔离措施。

（三）消毒与灭菌 正确的消毒与灭菌是预防医院感染的重要措施。

1. 常用的消毒方法 消毒方法包括两大类，物理消毒法（热力灭菌法、辐射消毒灭菌法）和化学消毒法。①热力灭菌法：在医院的消毒工作中，热力灭菌是一种应用最早、效果最可靠、使用最广泛的方法。热力可以灭活一切微生物、包括细菌繁殖体、真菌、病毒和细菌芽胞。热力灭菌法又分为二类，干热和湿热，应根据不同的处理对象采用不同的方法；②辐射消毒灭菌法：采用不同的物理消毒方法，应严格遵守操作规程，设专人负责定期细菌学监测。③化学消毒法。

2. 消毒作用水平 消毒作用水平是指消毒、灭菌因子杀灭微生物的种类和作用的大小。根据消毒作用水平，可将各种物理和化学消毒方法分为高效、中效、低效三大类型。①高效消毒法：可杀灭外环境

中媒介物携带的一切微生物。属于此类的有热力灭菌、电离辐射、微波等物理消毒法和醛类（甲醛、戊醛）、环氧乙烷、过氧乙酸、过氧化氢、臭氧、二氧化氯等化学消毒剂；②中效消毒法：可杀灭除细菌芽胞以外的各种微生物。属于此类的紫外线、超声波等物理消毒法及碘类、醇类、酚类消毒剂和含氧消毒剂；③低效消毒法：只能杀灭细菌繁殖体和**脂**病毒。属于此类的有通气换气、冲洗等机械除菌法和季胺盐类（如新洁灭）和双胍类（如洗必泰）等消毒剂。

3. 物品污染的分类 医院的物品受污染后，根据其对人体的危害程度分高危、中危、低危三大类。

①高危物品：是指被微生物污染后会造成严重危害的诊疗器材和物品。包括穿过皮肤和粘膜进入人体

无菌组织和器官内部的器材或与破损组织、粘膜密切接触的器材和物品。如手术器械、输液输血器具、

注射药物和液体、导尿管等；②中危物品：是指受微生物污染后可造成中等危害的诊疗器材。该类物

品仅与皮肤、粘膜接触而不进入人体无菌组织内。如体温表、呼吸机、麻醉机、压舌板、喉镜等；③

低危物品：是指仅直接或间接与健康无损的皮肤、粘膜接触。该类物品虽然被微生物污染，但一般情

况下无害。如被褥、空气、血压计、听诊器等。

应根据物品性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌。①物理灭菌或消毒：耐热、耐湿物品灭菌，首先物理灭菌法。一是手术器械及物品、各种穿刺针、注射器等应首选压力蒸气灭菌，最好选用预真空和脉动预真空压力蒸气灭菌器；二是油、粉、膏等首选干热灭菌。消毒首选物理方法，不能用物理方法消毒的方选化学方法；②化学灭菌或消毒：可根据不同情况分别选择灭菌、高效、中效、低效消毒剂。不耐热物品灭菌首选化学灭菌法，如各种导管、精密仪器、人工移植物等，最好选用环氧乙烷（EO）气体灭菌；内窥镜可选用环氧乙烷气体灭菌外，也可用 2 %戊二醛浸泡灭菌。使用化学消毒剂必须了解消毒剂的性能、作用、使用方法，影响灭菌或消毒效果的因素等，配制时注意有效浓度，并按规范定期监测。更换灭菌剂时，必须对用于浸泡灭菌物品的容器进行灭菌处理。

第四节 医院重点部门的医院感染管理

一、中心消毒供应室的医院感染管理

中心消毒供应室（Central supply service department, CSSD 以下简称供应室）的工作质量与医院感染、热源反应的发生、微粒的危害密切相关，保证无菌物品的质量是供应室工作的核心，更是降低医院感染发生和保证医疗护理质量的重要环节。

（一）建筑与布局 建筑是指供应室整体建筑质量及室内装修质量和特殊用途房间的特殊建筑要求。布局是指供应室在医院内的座落位置及周围环境，内部房间的面积及安排布置的方式。良好的建筑与布局是确保供应室工作正常运转和工作质量的基础。

1. 设置在住院部与门诊部的中间地带，接近临床科室，以利于下收下送。

2. 周围环境应清洁、无污染源，室外地面应硬化或绿化，形成一个相对独立的区域，便于组织内部工作流水线，避免外人干扰。

3. 为免除消毒灭菌器材的污染，应明确划分污染区、清洁区及无菌区，三区间应有实际屏障隔开。路线采取强制通过的方式，不准逆行。尽量减少人流、物流交叉带来的污染。

4. 配备清洁、通风、降温和除湿等设备，采光良好，避免有害气体的积聚和各种粉尘的飘落。

5. 墙壁及天花板应光滑、无裂隙、不落尘，便于清洗和消毒。地面光滑，地漏应有防污及防鼠装置，有排水道。门窗应选用具有密闭性能的材料。

6. 建筑面积应与医院的规模相适应，以每床 0.7~0.9m² 较为合适。

（二）供应室医院感染的预防

1. 污染区的感染管理 关键是灭菌前将物品彻底清洗干净，物品洗涤后，

应干燥并及时包装。

(1) 专人、专车回收使用过的污染物品及器具，回收车每次用后应清洗、消毒，不得进入其他区域或作其他用途；将回收的污物浸泡、清洗、消毒、挂油、烘干和初步灭菌；对注射器的洗涤必须采用去污、去热原、去洗涤剂和精洗四个步骤，并尽快包装、灭菌，从最后一次用新鲜过滤蒸馏水洗至灭菌开始不应超过 2 小时。

(2) 一次性使用物品回收时必须登记注册，经统一消毒、毁形等无害化处理后转给当地卫生行政部门指定的回收站，应双方登记、签名，以示负责。

(3) 工作人员应戴圆顶工作帽、口罩，系防水围裙并戴手套及穿防水鞋操作；在回收区工作时应穿隔离衣；从回收区进入洗涤区和精洗区前应洗手后方可进行洗涤操作；离开污染区时应脱去隔离衣并洗手。

2. 清洁区的感染管理 关键是将已去除污染的物品妥善包装和灭菌。

(1) 包装 ①包装的材料：应有利于灭菌过程中物品内部空气的排除和蒸汽的穿透。有全棉布、一次性无纺布、一次性复合材料（如纸塑包装）、带孔的金属或玻璃容器等，要求清洁、干燥、无残缺破损，并能屏蔽细菌防止灭菌后再污染，而且对灭菌物品不粘着、不发生反应、无毒和无其他副作用，布包装层数不少于两层。所有包装材料每次用后必须经清洁去污后方能再用；②包装的方法：包装手术器械时，先用容器盛装，外面再用布包。用下排气式压力蒸汽灭菌器的物品包，体积不得超过 $30\text{cm} \times 30\text{cm} \times 25\text{cm}$ ；用预真空和脉动预真空压力蒸汽灭菌器的物品包，体积不得超过 $30\text{cm} \times 30\text{cm} \times 50\text{cm}$ 。金属包的重量不超过 7kg，敷料包不超过 5kg。包装盘、盆、碗等器皿类物品时，尽量单个包装，若多个包装在一起时，所有的开口应朝向一个方向，器皿之间用毛巾或布隔开，以利蒸汽透入。包装注射器时，管芯应抽出，包装剪刀、钳子时，应充分撑开，以暴露物品的各个表面；③包装间应有较高的洁净度，最好安装空气净化设备。室内湿度维持在 35%~50%，照明充分。工作台及地面每天湿式擦洗一次，包装前 30 分钟进行室内清洁卫生，并限制入室人员。操作时穿专用工作服，必要时洗手或戴手套；④灭菌物品的打包或捆扎以不致松散为度，不宜过紧，外用化学指示胶带贴封。每包内放置化学指示物。包装后的物品应在 2 小时内进行灭菌，以防污染及热原质的产生。

(2) 灭菌 ①灭菌方法：压力蒸汽灭菌，包括下排气式压力蒸汽灭菌和预真空式压力蒸汽灭菌；环氧乙烷气体灭菌；干热灭菌；②灭菌效果的监测：常用的监测手段有工艺监测；化学监测；生物监测；B-D 试验监测；物理检测；环境监测和热原监测；③灭菌的操作程序：应严格按照卫生部颁布的《医院消毒技术规范》；④灭菌消毒员必须经过专门培训，合格后持证上岗。

(3) 灭菌后处理 符合要求的标准有：①包装完整性；②包布干燥，无湿包；③有孔容器的筛孔已关闭；④化学指示胶带和指示物达到已灭菌的色泽或状态；⑤每包标明灭菌日期、有效期、责任人和合格标志。此外，已灭菌的物品不得与未灭菌的物品混放；完善灭菌资料的记录。

3. 无菌区的感染管理关键是将经灭菌后的无菌物品存放、分发和换取。

(1) 无菌物品存放 ①存放区的卫生学标准：环境类别为Ⅱ类，空气细菌 $\leq 200\text{cfu}/\text{m}^3$ ；物体表面细菌 $\leq 5\text{cfu}/\text{m}^3$ ；工作人员手的细菌 $\leq 5\text{cfu}/\text{m}^3$ ；灭菌后的物品及一次性医疗用具，不得检出任何种类的微生物及热原质。每月监测一次；②应有较高的洁净度，最好安装空气净化设备，并与其他区域保持正压状态。室内湿度控制在 35%~50%，照明充分。用棉布包装和开启式容器存放的无菌物品，在温度 25℃ 以下，其有效期为 10 天~14 天；③一次性无菌用品，先去掉外包装后方可进入无菌物品存放区；④无菌物品应摆放在距地面高于 20cm、距天花板不少于 50cm、距墙壁超过 5cm 的存放架子或柜子上，以减少来自地面、屋顶和墙壁的污染。应分类放置，按灭菌先后顺序排列。

(2) 无菌物品分发和换取 分发的原则是专人、专车下送，分发车和回收车严格区分，严禁混用。

二、手术室的医院感染管理

手术室是外科系统进行手术治疗的场所，感染是外科治疗中常见的严重并发症。有效地控制手术感染，是手术成败的关键之一。

(一) 建筑与布局

1. 一般设在与手术科室相近的楼层，环境安静、清洁。应根据专科需要设大、中、小手术间，面积为 $20\text{m}^2 \sim 40\text{m}^2$ ，高 3m。门窗要严密，应安装自动启动门，双层窗户。

2. 天花板、墙壁、地面无裂隙，表面光滑，无棱角，衔接处呈半圆弧形

，便于清洗和防止尘埃积存。有良好的排水系统，便于清洗和消毒。

3. 布局合理，划分非限制区、半限制区、限制区，三个区域间分界标志明确。最好设三条通道，即工作人员通道、手术病人通道和物品供应通道。应设立净化手术间、无菌手术间、一般手术间、隔离手术间；隔离手术间应靠近手术室入口处。每一手术间放置一张手术台。有条件时应设专用电梯。

4. 手术室入口的要求，洁污交替地带设立隔离带；使用接送病人交换车，设置去除污染脚垫。

（二）手术室医院感染的预防

1. 空气净化与消毒

（1）卫生学标准 环境类别为Ⅰ类和Ⅱ类。Ⅰ类空气细菌 $\leq 10\text{cft}/\text{m}^3$ ，Ⅱ类空气细菌 $\leq 200\text{cft}/\text{m}^3$ ；Ⅰ类和Ⅱ类物体表面细菌 $\leq 5\text{cft}/\text{m}^3$ ；工作人员手的细菌 $\leq 5\text{cft}/\text{m}^3$ 。不得检出乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等致病菌。

（2）保持空气洁净度 ①空气过滤除菌器：利用空气调节系统，通过空气过滤器，对尘埃上的细菌能有效的过滤；②高效静电灭菌型室内空气净化机：采用空气自净的方法，大量高效率地循环过滤室内空气，达到除尘灭菌；③紫外线：是目前室内空气消毒的主要方法，每次手术前、手术后照射消毒 60 分钟；④药物熏蒸空气消毒：一般使用过氧乙酸，福尔马林、高锰酸钾；⑤清洁卫生：彻底的清洁卫生是空气净化化的基础，以湿式清扫为宜。

2. 无菌技术与管理

（1）无菌物品 ①无菌物品与非无菌物品严格分开放置；②无菌物品外包装应有消毒标志及有效期；③打开包布的物品、器皿及液体，应在 24 小时内使用。一经打开，虽未使用，也需重新消毒；④每台手术使用一套灭菌的干燥持物钳及镊子罐；⑤煮沸消毒和化学消毒的物品，存放时间不应超过 24 小时。气体消毒的物品有效期一般为 1~3 年，使用前应检查包装有无破损、漏气。

（2）医务人员 ①进入手术室必须更换鞋、帽、口罩、贴身衣领及衣袖不可外露。外出应更换外出鞋、衣裤；②严格控制参观人数，手术进行中尽量减少人员流动；③严禁患有呼吸道感染、疖肿、手部破溃的医务人员进入手术室和参与手术；④接台手术人员在两台之间要严格进行刷手、消毒手臂、更换手术衣和手套。

（3）手术间 ①无菌手术与污染手术必须分室进行。接台手术之间，要求进行环境净化化和湿式地面消毒；②门窗应严密关闭；③限制在手术台上翻动患者，也尽量减少患者在手术台上的翻动。

（4）手术 ①手术前，做好手术者、患者、物品、手术间等感染预防的准备；②手术中，主要是无菌台的管理、使用伤口保护膜和严格执行无菌技术操作；③手术后，主要是手术后物品的处理。手术后物品处理的原则应为先消毒，后清洗，再灭菌。

（5）特殊感染手术 特殊感染是指破伤风、气性坏疽等革兰氏阴性厌氧芽孢菌的感染。①设专用隔离手术间，位于远离其他手术间，而距手术室入口较近处，有隔离标志；②手术所用的衣、帽、口罩、鞋套、注射和输液用品等，尽可能采用一次性物品。室内人员不得外出，如需用物品时，由室外人员传递；③接送患者的过程使用专用感染卡，以提示工作人员采取隔离措施；④谢绝参观和实习，减少传播扩散机会；⑤手术后，参与手术人员应在手术室内脱去手术衣、鞋套等并装入红色塑料袋，经淋浴、更衣后方可离去。

三、重症监护病房的医院感染管理

重症监护病房（Intensive care unit, ICU）的感染性并发症等问题伴随高科技而来，导致发生医院感染或再次医院感染。

（一）感染的类型和危险因素

1. 呼吸道感染与危险因素 肺部感染引起医院内肺炎或呼吸机相关性肺炎最常见，主要见于人工气道和接受机械通气的病人，其医院感染发病率是非机械通气病人的 3~21 倍。

2. 泌尿道感染与危险因素 医院感染常见于泌尿道感染。我国尿路感染在医院感染构成比中约占 10%。正常情况下，泌尿生殖道具有完善的抵御病原体的定植和感染的功能，维持正常尿流最有助于避免

尿路感染。

3. 血管内导管相关性感染与危险因素 血管内导管相关性感染发病率在儿科重症监护病房最高，冠心病监护病房和内科监护病房其次，而综合性重症监护病房和外科监护病房位居第三。

(二) 重症监护病房医院感染的预防 预防和控制重点应放在通过努力可以改善和避免的环节上，这些环节既可有医院感染预防和控制的控制的共性问题，也可有重症监护病房的特殊性问题，这就是进行预防和控制的关键点。

1. 布局与环境

(1) 规模 根据国外资料统计，床位数占总床位数的 1%~2%，如急救工作量大的重点医院可达 3%~5%；综合性医院由于专科力量强而设置了各专科监护室，床位数可达 10%~15%。我国医院分级管理标准，要求三级医院重症监护病房至少具有 4 张以上的床位。

(2) 位置 应位于全院较中心的位置并与麻醉科、输血科、手术室、手术科室相邻近，并在各通道上有醒目的指示牌。

(3) 布局 可采用以护士站为中心、呈圆形、扇形、长方形或回形布局；采用透明玻璃分隔为半封闭单元；或采用通仓式布局，但床位与床位之间应有隔帘；有条件的最好设置单间病房，以便收治需要单间隔离的危重病人。总体要求：①便于观察抢救：从中心台能观察到每位病人，病床排列合理、宽敞，每床占地面积就不少于 $15\text{cm}^2 \sim 20\text{cm}^2$ ；②避免交叉感染：室内清洁区、污染区划分清楚，设置清洁通道和污染通道，且流程合理；③便于规范化管理：固定放置药品、医疗用品、仪器等的区域。

(4) 设施 应采用恒温、恒湿及正压通气设备。每床均应配有可移动的强光源照明装置。感应洗手装置，床头上方设置监护仪及输液用轨道，配备中供氧、压缩空气和高低压两种中心吸引装置，备有多套电源系统和安全设施。

2. 重症监护病房的消毒与隔离 关键在于防止交叉感染。

(1) 消毒 包括呼吸机和呼吸治疗器械的消毒处理。呼吸机主机气舱部分的消毒十分困难，最后建立环氧乙烷消毒装置。波纹管、湿化器、各种接头、呼吸活瓣等可拆卸的部分应定期更换消毒，每 24~48 小时 1 次，更换时要防止冷凝水倒流。

(2) 严格无菌技术操作规程 接触病人的护理操作均应洗手、戴手套，严格执行操作规程。

(3) 加强监测 包括①对重症监护病房环境空气、物体表面、医务人员手细菌菌落总数的卫生学监测；②对各种器械、用品的监测；③对病人呼吸道定植的监测。

(4) 改善病人的自身状态：加强营养、帮助病人重建免疫防御，提高机体抵抗力。

(5) 加强对并发症等相关性感染的预防和控制。

四、产房及母婴同室的医院感染管理

(一) 产房的医院感染管理 产房感染包括孕产妇、新生儿及工作人员的感染。产房感染的病原微生物主要有厌氧性链球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌等。这些病原微生物可以通过直接接触或间接接触的途径而传播。

1. 产房的设计与布局 产房的科学设计和合理布局是预防和控制医院感染的重要措施。产房布局的原则是便于工作，安全而符合隔离与无菌操作。

(1) 产房应与母婴室、新生儿室和手术室相邻近，相对独立，便于管理。产房周围环境清洁、无污染源；产房内应宽敞、光线充足、空气流通、陈设简单实用。墙壁、天花板、地面无裂隙，表面光滑，有良好的排水系统，便于清洗和消毒。

(2) 产房的区域划分合理，划分为无菌区、清洁区、污染区。区域之间标志明确。

(3) 产房的分娩室最多设两张产床，每张床使用面积不少于 16m^2 。目前，有趋势为建立家庭式产房，即待产与分娩于一室，待产床与床产于一体，家属可以陪同待产、分娩过程，营造温馨的家庭化氛围。

(4) 产房应建立监测中心，配置现代化的监护仪器。

(5) 产房应备有温度、湿度控制设备。温度应保持在 $24^\circ\text{C} \sim 26^\circ\text{C}$ ；湿度以 50%~60%为宜，并配备空气净化装置。

2. 产房的消毒与隔离 应根据标准预防的原则实施消毒隔离。

(1) 人员的流动 建立健全参观、实习和陪产的感染管理规章制度，最大限度减少人员流动。①

凡需进入产房的人员，必须先洗手穿刷手衣或隔离衣，戴帽子、口罩，着专用鞋；②离开产房时，应脱去产房专用着装，换穿外出工作服及外出鞋。

(2) 环境的清洁 ①每天日常清洁，每周大清洁1次；②每日接生前，以清洁湿抹布或浸有消毒液抹布擦拭桌、椅、仪器和手术灯的表面；③各种治疗车、病人推车的轮子应保持干净，去除污物缠绕，平车出入产房须轧过消毒垫；④接生后，用清洁剂清洗地面，地面上若有血迹或污染，立即用含氯消毒剂擦拭干净；⑤刷手池应每日清洗、消毒，保持清洁；⑥待产床、产床、平车每次使用后更换一切物品。污物送洗衣房清洗、消毒，并用含氯消毒剂擦拭床单位；⑦产房每日用紫外线消毒1次，早晚清洁整理各1次；⑧产妇的拖鞋用后刷洗消毒；医务人员的拖鞋每日刷洗；每周1次集中所有拖鞋彻底刷洗、消毒；⑨冲洗会阴用的便器一用一消毒。

3. 接生过程中的监控措施 ①有刷手禁忌症者严禁上台；②保持接生用品无菌；③助产用的器械视为相对污染，与脐带处理的器械分开使用，禁用侧切剪刀断脐；④羊水有臭味或疑有宫内感染时，做培养并根据药敏合理应用抗生素；⑤台上剪刀、针头等锐器应远离新生儿防止误伤；⑥及时清理新生儿口腔和上呼吸道内吸入物，以防止发生吸入性肺炎；⑦新生儿分娩出来后，尽快与母亲皮肤接触，获得正常菌丛；⑧及时给新生儿应用1%硝酸滴眼液滴眼；⑨可重复使用的新生儿复苏设备，每次使用后均应消毒或灭菌，新生儿辐射台用后清洁、消毒；⑩按规定处理使用后的接生用品。

4. 隔离孕产妇的感染控制措施 ①凡患有或疑患有传染性疾病的孕产妇，应收入隔离待产室待产，隔离分娩室分娩，并按隔离技术规程给予接生和护理；②需手术时，手术通知单上应注明隔离种类和感染疾病诊断；③一切器械、物品单独固定使用，分娩后用过的所有器械，均应用含氯消毒液浸泡后再清洗、打包、灭菌；布类物品均需装入隔离污染袋内，并送洗衣房消毒后再清洗；④助产时严格按隔离分娩规程操作，断脐后的新生儿应用无菌巾保护，按母婴同室隔离处理；⑤产妇离开隔离分娩室后，必须用含氯消毒液擦拭室内所有物体表面和地面，并用过氧乙酸熏蒸进行空气消毒，然后通风；⑥使用后的一次性物品，以双袋法包装后送去焚烧。胎盘做好有感染的标志；⑦患有强致病微生物感染的病产妇用过的隔离室，应进行终末消毒，并进行细菌学监测，达到无致病菌要求后方可使用。

(二) 母婴同室的感染管理 母婴同室给医院感染管理带来了新的问题。

1. 母婴室的设计和布局 母婴室应与产房、新生儿室相邻近。设置有产妇床、婴儿床，每张产妇床位的占地面积不少于 $5.5\sim 6.5\text{m}^2$ ，每张婴儿床的占地面积不少于 $0.5\sim 1\text{m}^2$ 。应设立母乳床、洗婴室等。

2. 母婴室的消毒与隔离 应达到以下要求：①母婴一方有感染性疾病时，患病母婴均应及时与其正常的母婴隔离。产妇在传染病急性期，应暂停哺乳；②产妇哺乳前应洗手、清洁乳头。③哺乳用具一婴一用一消毒，隔离婴儿用具单独使用、消毒；婴儿用眼药水、扑粉、油膏、沐浴液、浴巾、治疗用品等，应一婴一用，避免交叉感染。遇有医院感染流行时，应执行分组护理的隔离技术；④患皮肤化脓及其它传染性疾病的医务人员，暂停与婴儿接触；⑤严格探视制度，探视者应着清洁服装，洗手后方可接触婴儿。在感染性疾病流行期间，禁止探视；母婴出院后，其床单元、保温箱等，应彻底清洁、消毒；⑥每日室内空气消毒，上、下午各开窗通风一次，每次至少20分钟；⑦接触新生儿前均应用流行水肥皂洗手，以杜绝经手传播疾病。

3. 母婴室的质量与监测 母婴室感染管理的关键是对易感环节进行质量监测。①严格洗手制度，每日定期进行质量监测，母婴室属Ⅱ类环境要求洗后手上的细菌菌落数总数不得超过 $5\text{cfu}/\text{m}^2$ ；②每月定期对灭菌物品进行细菌学监测，结果应为无菌生长；③定期对使用中的消毒液进行浓度测定和细菌学监控，要求达到合格标准；灭菌剂应无细菌生长；④敷料包、器械包尺寸合格，包布应完整、清洁、无湿包，包装外有灭菌日期及化学指示胶带；⑤每季度进行一次空气细菌培养，细菌菌落总数不得超过 $200\text{cfu}/\text{m}^3$ 。特殊污染隔离室内应无致病菌生长；⑥母婴室物体表面、医务人员手的卫生学标准值细菌菌落总数不得超过 $5\text{cfu}/\text{m}^2$ 。每季度监测一次。⑦紫外线灯管强度应每季度监测一次，使用中的灯管照射强度不低于 $70\text{uw}/\text{cm}^2$ ，新购进的灯管不低于 $100\text{uw}/\text{cm}^2$ ；⑧母婴室每月用过氧乙酸熏蒸一次，用量 $1\sim 3\text{g}/\text{m}^3$ ，室温 $\geq 20^\circ\text{C}$ ，湿度应在70%以上，时间60~90分钟。

4. 母婴室的洗婴与要求 ①室温应保持 $24^\circ\text{C}\sim 28^\circ\text{C}$ ；相对湿度50%~60%，保持室内空气清新；②护理人员给婴儿洗澡前，应洗手、更换工作服、穿戴围裙；③婴儿用的衣服、包被、尿布等用品应经灭菌后备用。洗婴后换下的这类用品应分别放置于固定的位置。便于集中处理；④洗婴时应用流动洗澡水，水温

38℃~40℃。洗婴用具必须每婴一套，用后消毒；⑤每天洗婴完毕后，整理用物，清洁洗婴池、桌面、地面等，用紫外线进行空气消毒。

五、新生儿室的感染管理

（一）新生儿的易感因素 婴儿脱离母体后，从母体清洁的内环境来到复杂的外环境，失去了母体的保护，对一般的细菌具有易感性，属于高危人群。常见的易感因素如下：

1. 免疫功能低下 新生儿免疫功能低下的原因是由于在胎儿时期从母体获得的仅是某些抗体 IgM、IgG、IgA 等，而且这些抗体即血清免疫球蛋白的含量一直维持在较低水平，影响了新生儿的非特异性和特异性免疫力。

2. 生存环境改变 胎儿分娩出母体，则立即暴露于有菌的世界中。科学研究表明：一方面，新生儿出生后 2 小时，便可在肠道内查出大肠杆菌、肠球菌等；出生数小时或数日，便可在脐带断面、皮肤、鼻腔和咽喉等部位有细菌生长；另一方面，新生儿的正常菌群没有完全建立，因而缺乏正常菌丛所提供的抑菌作用。

3. 高危儿 由于产科学和儿科学的发展，使患病孕妇分娩的活婴率得到增长。这些新生儿大多数为不成熟的早产儿、小于胎龄儿、窒息儿和过期产儿等。随着对高危儿治疗和护理的技术发展，使婴儿的存活率得到明显提高。但是，国内外科学研究结果显示，医院感染的危机与婴儿出生体重不足呈正相关。

4. 孕妇的疾病 增加了胎儿或新生儿的易感性，形成感染的威胁。一是分娩异常，发生难产、产程长或羊水早破等；二是孕妇在妊娠末期、分娩前的不长时间內患感染性疾病。

5. 介入性手段的应用 由于需要接受介入性诊断和治疗操作的新生儿，大多数患有呼吸障碍、循环系统疾病、先天畸形或者存在其他高危因素。使用先进技术的同时，存在着可能导致新生儿感染性疾病发生的危险。

（二）新生儿室医院感染预防 新生儿医院感染通常是指发生在分娩期和住院期的新生儿感染。感染性疾病是新生儿死亡的主要原因之一，它的主要致病是金黄色葡萄球菌。感染管理的重要和有效措施主要有：新生儿室科学合理的设计、抗生素的合理使用以及维持工作人员的健康状况等。

1. 新生儿室的设计与布局 新生儿室的科学设计和合理布局是预防和控制医院感染的重要措施。

（1）合理的区域划分 新生儿室应相对独立布局合理，分新生儿病室、新生儿重症监护室（NICU）、隔离室、配奶室、沐浴室、治疗室、工作人员办公室等。为保证新生儿室的空气洁净度和降低医院感染率，应对各室进行严格的管理：①病室入口处应设置洗手设施和更衣室，工作人员入室前应严格洗手、消毒、更衣；②每张床位占地面不少于 3m²，床间距不少于 90cm，NICU 每张床占地面积不少于一般新生儿床位的 2 倍。

（2）环境管理 新生儿是医院环境里年龄最小、易感性最高的特殊人群，应加强对环境的管理。①空气：洁净、新鲜，避免或减少空气污染。新生儿室的环境类别属Ⅱ类，卫生学标准值是空气中细菌菌落总数不得超过 200cfu/m³；②温度：一般室温要求：足月新生儿室 22℃~26℃；早产新生儿室 24℃~28℃；③清洁：新生儿室内地板、墙壁、天花板等应采用便于清洁和消毒，而且不易被细菌和尘埃附着、又具有耐腐蚀、耐磨的建筑材料；有良好的排水系统，便于清洗和消毒；严格探视制度；按要求做好空气、物体表面和医务人员手的监测。

2. 合理使用抗生素 临床常用抗生素作为预防和治疗新生儿感染性疾病的主要手段。由于新生儿的生理和病理特点，抗生素在他们体内的吸收、排泄、分布和代谢过程均与成人或年长儿不同。所以，使用抗生素时必须结合他们的特点来考虑药物的合理剂量、适应证、副作用和治疗途径等，以达到理想的治疗和预防目的，避免毒、副作用的产生。

3. 维护医务人员的健康 医务人员的健康是为新生儿提供安全的医疗和护理的基础。

（1）对工作人员健康的要求 不适合在新生儿室工作的情况：①患有急性呼吸道感染；②非特异性发烧；③胃肠炎；④活动性疱疹病毒感染；⑤开放性或引流性的皮肤病变；⑥健康带菌者。安排进入新生儿室的工作人员，应在上岗前常规体检，检查乙型肝炎表面抗原，若为阴性方可安排上岗。

（2）对工作人员的职业防护 ①接触可疑乙型肝炎病毒感染的新生儿时，严格执行消毒隔离和无菌技术操作的规定；②若不慎被病婴的血污

染的针头刺伤，应于 7 日内检查病婴和工作人员的乙型肝炎表面抗原，如果病婴阳性，工作人员阴性，可给病婴注射乙型肝炎免疫球蛋白；③工作人员可常规注射乙型疫苗预防。

六、血液透析室的医院感染管理

（一）建筑与布局

血液透析室按功能分为三个区域 ①限制区：位于血液透析室的最内侧，分为治疗室、准备室和水处理室。有良好的防污、排水和通风装置；②半限制区：主要为消毒室、医生办公室、储藏室和内走廊；③非限制区：位于最外侧，主要为卫生间和污物存放间，应设有污物转运专用设施。

（二）血液透析室医院感染的预防 主要是控制感染源、传播途径以及保护易感宿主。

1. 控制感染源 血液透析的感染源主要是细菌感染，通过血管通路部位感染、经血液以及透析液和透析器的污染所致，也可能是病毒感染。通过感染病人，主要引起血源性传播；通过污染透析设备，主要引起菌血症和 / 或热原反应。

（1）血管通路部位感染 血管通路部位的感染发生率高，可占透析病人菌血症的 50~80%。一般 3 周内发生感染率很低，但 3 周后明显增加。故主张超过 3 周的插管应使用带环插管或每 3 周原部位换新管或换新部位另插新管。

（2）透析供水系统、透析机污染与热原反应 水处理后到透析机间的供水系统是另一个引起污染的环节。管道中水存留隔夜，会使革兰氏阴性杆菌迅速繁殖。所以，供水系统应定期消毒，并设计使消毒液能停留足够的时间，无死腔；应在每日使用完毕后放空存水。

（3）透析器 透析器的重复使用是引起感染的原因，经过改进消毒方法后，感染现象得到控制。

2. 病毒感染 主要引起甲型肝炎、乙型肝炎、丙型肝炎、获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）等。

（1）肝炎 对透析病人和透析室工作人员应每 3 个月作乙型肝炎免疫学标识物的监测，当出现阳性应作相关肝功能检查，判断性质，便于进行消毒隔离、减少乙型肝炎的传播。

（2）艾滋病 在实施血源人类免疫缺陷病毒（HIV）筛选以前，接受透析并输血的病人，可能因透析引起 HIV 感染和发生艾滋病。实施血源 HIV 筛选后感染率明显下降。

2. 控制传播途径 由于经血传播的病原体可在极微量的污染情况下通过极细微的皮肤粘膜破损处进入人体。所以，血液透析室必须严格执行消毒隔离制度。

（1）医务人员 ①专用的工作服、鞋子，进出本室应更换。每天更换工作服，若被血液污染，应立即更换；②进行透析前、后，要用消毒剂严格洗手；接触每一位病人后应洗手；在监护每位病人之间应更换手套；进行每项操作时应戴一次性手套；③为了避免被血液污染，必要时穿隔离衣，戴防护眼镜和外科型口罩。

（2）预防隔离 ①一般性感染的隔离：可设单间或固定床位；重症监护病房或冠心病监护病房的病人，应安排在专门房间内透析；需进行移植病人，应有专用透析机；②肝炎病毒感染的隔离：乙型肝炎、丙型肝炎病人或病毒携带者，应在隔离室透析，使用专用透析机；每次透析完毕，全部用过的可处理用品应置于防漏袋内；室内污染用品应用 1%~2%过氧乙酸消毒；重复使用的器械应用高压蒸汽消毒，不耐热、不耐湿的物品，应用环氧乙烷消毒。

（3）动静脉内瘘的监护 ①插入瘘管针前，用消毒剂洗手，碘酒涂擦插管区域 3 分钟，再用酒精擦二次，待干后铺上无菌巾；②每天按无菌技术操作规程清洁全部病人分流的出口部位；③保持动静脉内瘘的血液通畅，定期冲洗瘘管，如疑有局部发生感染或血栓时，应尽快拔除瘘管。

（4）按要求定期对透析水、环境、物品、透析器材等进行质量监测。

2. 保护易感宿主 对工作人员及病人，应依据乙肝病毒血清学标志的情况，给予注射免疫疫苗或 HBIG；若工作人员发生乙型肝炎意外污染，立即注射 HBIG。

【实例分析】

某医院拟新建供应室，该院规模为 780 张床位，试分析：1. 与医院规模相适应的供应室建筑面积应

为多少？ 2. 如您是护士长，供应室的医院感染预防应抓好哪些环节？

【参考文献】

1. 徐秀华主编. 临床医院感染学. 长沙：湖南科学技术出版社，1998
2. 朱士俊主编. 现代医院感染管理. 北京：人民军医出版社，1998
3. 刘振声等主编. 医院感染管理学. 北京：军事医学科学出版社，2000
4. 钟秀玲、程棣妍主编. 现代医院感染护理学. 北京：人民军医出版社，1995
5. 耿莉华主编. 医院感染实用护理手册. 北京：科学技术文献出版社，2000
6. 黄勋主编. 医务人员医院感染的预防与控制. 长沙：湖南科学技术出版社，2003
7. 董恒进主编. 医院管理学. 复旦大学出版社、上海：上海医科大学出版社 2000
8. 钟秀玲主编. 医院供应室的管理与技术. 北京：中国协和医科大学出版社 2002
(磨琨)

第十四章 护理法规与规章制度

Nursing Laws and Rules

[教学目标]

识记

1. 说出卫生法的概念
2. 说出护理法的概念

理解

1. 正确叙述护理立法的目的与意义
2. 正确叙述护理法规的作用

应用

1. 正确分析护理工作中的存在法律问题

早在 1996 年 2 月,江泽民同志就提出要“实行和坚持依法治国”。党的“十五大”将“依法治国”确定为治理国家的基础方略。随着社会经济的繁荣与发展,我国的立法工作成就卓著,国家法制建设的不断健全,医疗纠纷、差错事故处理已进入到法制轨道。近年来,广大公民的法律意识增强,人们运用法律保护自己的权益已成为一种趋势。法制观念的日益增强,对护理质量的要求越来越高,给护理管理者提出了新的课题。因此,如何加强护士的职业法律意识,有效地避免护理纠纷,是护理管理者值得思考的问题,必然引起高度重视。

第一节

护理法规建设

我国护理立法已被列为国家法制建设的重要内容,运用法律、法规,规范护理行业行为,不仅是法制建设的需要,也是护理专业自身发展的需要。

一、我国的卫生法体系

卫生法(**Sanitation Laws**)是指由国家制定或认可,并由国家强制力保证实施,旨在保护人体健康,调整人们在与卫生有关的活动中形成的各种社会关系的法律规范。其规范形式包括专门的法律、法规,规章及宪法和其他法律规范中有关卫生的条款,其中,行政法律规范构成卫生法的主体。同时,卫生法还包括民事法律规范,如调整医患关系的规范和刑事法律规范。

由于卫生法还没有一部统一完整的法典,所以许多内容混杂在其他法律条款,并且数量很大,主要涉及以下几类法律:

(一) **宪法** 规定“国家发展医疗卫生事业,发展现代医药和我国传统医药,鼓励和支持农村集体经济组织、国家企业事业组织和街道组织举办各种医疗卫生设施,开展群众性的卫生活动,保护人民健康。”

(二) **婚姻法** 规定“三代以内旁系血亲和直系血亲不得结婚;患有某些疾病的人不得结婚”。

(三) **刑法** 1997年10月1日实施的《刑法》中增加了“危害公共卫生罪”,是卫生法律法规最为重要的补充。

(四) **劳动法** 规定女职工禁忌从事铅、汞、苯、镉等属于《有毒作业分级》标准中第三、四级的作业。以及女职工“四期”保护。

(五) **民法** 规定从事高空、高压、易燃易爆、剧毒、放射性、高速运输工具等对周围环境有高度危险的作业造成他人损害的,应当承担民事责任。

(六) **民事诉讼法** 对已经判刑,但患有严重疾病需要保外就医的罪犯和正在怀孕或者哺乳自己婴儿的妇女,可以采用监外执行。

(七) **卫生国际公约** 如《1961年麻醉品单一公约》和《1997年精神药物公约》。

近年来,我国卫生事业取得举世瞩目的成就,国民健康的主要指标已居发展中国家前列,其中卫生法制建设进一步加强,初步形成了卫生法体系。(图14—1—1)。

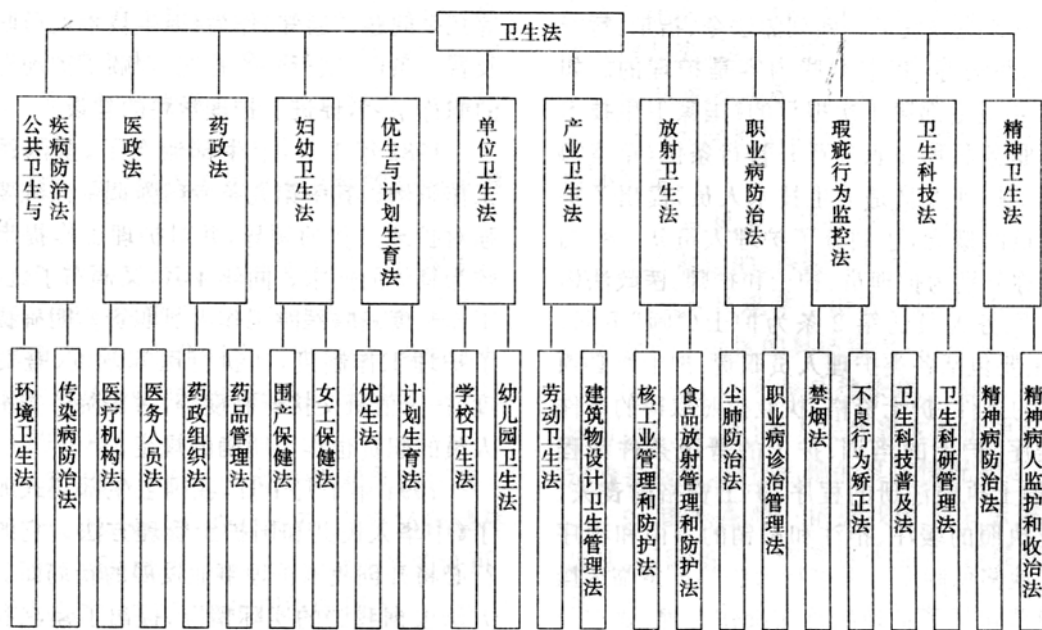


图 14—1—1

二、护理立法的目的与意义

护理立法（Nursing Legislations）指由国家制定的，用以规定护理活动（如护理教育、护理管理、护理科学研究、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。

护理立法始于 20 世纪初，英国于 1919 年率先公布了《英国护理法》，随后，荷兰于 1921 年公布了护理法，芬兰、意大利、波兰等国也相继公布了护理法。1947 年国际护士委员会发表了一系列有关护理立法的专著。1948 年，在广州召开的第三届中国护士学会全国会员代表大会上，由国民政府卫生部护士主任徐蔼诸提出“护士法草案提请商讨案”，经大会决议，选定刘干卿、王泰元、聂毓禅、胡惇五、刘效曾为委员，由聂毓禅为召集人的护士法小组经开会讨论，一致通过“护士法草案会商报告请公决案”，但由于国内战事未付诸实施。1953 年，世界卫生组织（WHO）发表了第一份有关护士立法的研究报告。1968 年，国际护士委员会特别设立了一个专家委员会，制定了《系统制定护理法规的参考指导大纲》（Apropos guide for formulating nursing legislation），为各国护士立法必须涉及的内容提供了权威性的指导。至 1984 年，WHO 调查报告，欧洲 18 国、西太区 12 国、中东 20 国、东亚 10 国及非洲 16 国，均已制定了护理法规，尚未形式颁布护士法的国家已屈指可数。我国的护理立法目前是属于医政法的一部分，社会管理功能显著，技术规范多。制定护理法时必须首先确定护理立法的目的，明确立法的意义。护理立法的意义包括：

（一）为护理人员提供最大限度保护和支持 通过护理立法，使护理人员的地位、作用和职责范围有了法律依据，护士在行使护理工作的权利、义务、职责时，可最大限度地受到法律的保护、国家的支持、人民的尊重，任何人都不可随意侵犯和剥夺。

（二）保证护理人员具有良好的护理道德 护理法规定的护理道德规范为护理人员从事护理实践提供了行为准则。护理人员在从事护理服务工作时必须无条件地保障公民的生命健康权力，以高度责任心为病人服务，使护理法起到监督和指导护理工作的作用。

（三）有利于维护护理对象的权益 护理法规定了护士的义务，主要义务是尽最大努力履行治病救人义务。无法律的许可，不得以任何借口拒绝护理抢救病人。在医疗瑕疵事件发生后，不得弄虚作假，伪造病历及其他证据材料等。不得侵犯护理对象的权力。护理法对护理对象的权益有了保护作用。

（四）促进护理人员接受继续教育 护理法规的护理资格认可条例、护理行为规范等都是不容变更的。它像一面镜子，每个护理人员都要经常地反复地对照。如不达“标”，则被淘汰。美国的护理法明确规定国家认可的合格护士执业执照，有效期仅为一年，护士必须每年接受一定继续教育课程，每年参加国家资格考试，更换一次新的执照；同时也规定护理人员必须不断更新知识和技能。我国 1994 年 1 月 1 日颁布的《中华人民共和国护士管理办法》中也规定，凡护士取得《中华人民共和国护士执业证书》后每两年必须按规定条款进行注册，还有的规定每年必须取得一定的继续教育学分才给予注册；中断注册五年以上者，必须按省卫生厅等有关行政部门的规定参加临床实践三个月，并向注册机关提交有关证明方可再次注册。这就从法律、制度上保证了护理人员必须不断接受继续护理学教育的权力与义务，使其在知识和技能上持续不断的获得学习和提高，对于护理质量的保证、护理专业的发展具有深远意义。

（五）促进护理管理科学化的进程 护理法集中了最先进的法律思想的护理观，通过护理立法制定一系列制度、标准、规范，使各种不同的制度均规范在护理法的纲领下，使护理管理纳入规范化、标准化、专业化、现代化的轨道，使护理质量得到可靠的保证。

三、护理法的分类和基本内容

护理法（**Nursing Laws**）是指国家、地方以及专业团体等颁布的有关护理教育和护理服务的一切法令、法规。从入学的护生到从事专科护理实践的护士，从在校培训到任职后的规范化培训、继续教育，从护理教育、医院护理到护理专业团体等均有涉及。不同的内容或程序有不同的护理法规及不同的制定和颁布者。

（一）护理法的分类 各国现行的护理法规，基本上可以分为以下几大类：

第一类，是国家主管部门通过立法机构制定的法律法令。可以是国家卫生法的一个部分，也可以是根据国家卫生基本法制定的护理专业法。

第二类，是根据卫生法，由政府或地方主管当局制定的法规。

第三类，是政府授权各专业团体自行制定的有关会员资格的认可标准和护理实践的规定、章程、条例等。

除上述三类以外，如劳动法、教育法、职业安全法，乃至医院本身所制定的规章制度，对护理实践也具有重要影响。

（二）护理法的基本内容 主要包括总纲、护理教育、护士注册、护理服务等四大部分。

总纲部分阐明护理法的法律地位、护理立法的基本目标、立法程序的规定，护理的定义、护理工作的宗旨与人类健康的关系及其社会价值等。

护理教育部分，包括教育种类、教育宗旨、专业设置、编制标准、审批程序、注册和取消注册的标准和程序等，也包括对要求入学的护生的条件、护校学制、课程设置，乃至课时安排计划，考试程序以及护校一整套科学评估的规定等。

护士注册部分包括有注册种类、注册机构、本国或非本国护理人员申请注册的标准和程序，授予从事护理服务的资格或准予注册的标准等详细规定。

护理服务部分，包括护理人员的分类命名，各类护理人员的职责范围、权利义务、管理系统以及各项专业工作规范、各类护理人员应达标准的专业能力、护理服务的伦理学问题等，还包括对违反这些规定的护理人员进行处理的程序和标准等。

四、护理法规的地位和作用

护理法规及其他有关的法律对规范护理工作的行为活动有决定性意义,它规范护理行为本身,并可确定行为合法与否,对违法行为追究相应的法律责任。护理法规的制定和完善对于我国发展护理事业,促进护理学科的发展,加强护士队伍建设,加强护士管理,提高护理质量,保障医疗和护理安全,保护护士的合法权益重视和发展护士在医疗、预防、保健和康复工作中的作用是十分必要的。其主要作用有:

(一) 规范和指导护理行为 护理法规使护理人员在从事护理活动时有法可依,有章可循,确定自己的行为合法与否。如《医院护理工作制度》、《医院护理人员工作职责》、《药品管理法》等对护理工作的具体事项、方法、标准等直接作出规定。护理人员有义务依据有关法律、法规、制度进行工作,其工作行为受国家医政机构的监督。

(二) 提高我国护士的质量 我国护理教育比较薄弱,各地培训的护理专业毕业学生的理论水平和实践能力参差不齐,有些不能胜任临床护理工作,实行《中华人民共和国护士管理办法》和护士执业资格考试制度可以促进护理教育质量的提高,保证临床用人的基本理论水平和基本技能,从而保证护士质量。

(三) 保证护理队伍专业化 据卫生部 1985 年调查,在当时全国 63 万护士中,未经专业培训和未经正规专业培训的占 30%。非专业人员大量进入护士队伍之所以屡禁不止,重要原因就是没有建立护士执业资格考试制度和护士执业许可制度。按照《管理办法》,统一全国护士上岗的基本资格,并由卫生行政部门统一管理护士的执业许可,可以有效地阻止非专业人员从事护士工作,因此,护理法规是保证护理队伍专业化的有效手段。

(四) 保证医疗护理质量和保证公民就医安全 根据我国有关法律,病人就医时享有下列权利:①生命健康权;②知情权;③安全权;④求偿权;⑤受尊重权;⑥获取知识权;⑦选择权;⑧监督权;⑨病人有权复印病历。作为护理人员应从病人的角度和利益方面去努力,维护好病人的权利,特别是病人的生命健康权和安全权,以优良的服务态度,精湛的技术,娴熟的护理操作以及高质量的护理、高质量的服务水准来为病人服务,只有这样才能防范护理纠纷。医疗护理安全是医院生存和发展的基础,是医疗护理质量高低的重要标志之一。

五、护理相关的法律、法规

(一) 中华人民共和国护士管理办法 卫生部 1993 年 3 月 26 日颁布,1994 年 1 月 1 日起实施,对加强护士管理,提高护理质量,保障医疗和护理安全,保护护士的合法权益起到了重要作用(附 1)

(二) 病人的权利和义务 (附 2)

(三) 医疗事故处理条例 2002 年 9 月 1 日起施行,是正确处理医疗事故,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,促进医学科学发展的规范。(附 3)

六、护理工作与法

每个合格的护理人员不仅应该熟知国家法律条文,而且更应明白在自己实际工作中与法律有关的潜在性问题,以便自觉地遵纪守法,必要时保护自己的一切合法权益,维护法律的尊严。这些潜在性问题中,常见的有:

(一) 侵权行为 侵权行为是指行为人故意或者过失侵害他人权利的不法行为和故意违背公共秩序、道德准则而加害于他人的不当行为。理论上讲,一般侵权行为侵害公民的生命、健康权。在诊疗、护理工作中,因医务人员诊疗护理的过错,致使病员死亡、残废、组织器官损伤,导致功能障碍或者其他人身损害的,为医疗过错侵权行为,应当承担民事责任。如患者的隐私是个人不愿被外人所知的个人的客观情况,对

于患者来说,包括其身体的某些隐私部位、病情及以往的历史等,医护人员应尊重病人的这种隐私权,并应为病人的隐私保密。如果随意谈论,造成扩散,则应视为侵犯了病人的隐私权。

(二) 过失与渎职罪 行为人由于疏忽或者懈怠而未尽合理注意义务的,为过失。工作中应做到的没有做到,应观察到的没有观察,未将观察的病情作出及时、正确的书面记录,口头医嘱执行不记录,工作不细致造成失误。如 1 例外伤性鼻出血患者住院治疗,由于医嘱单记录出现疏漏,患者查看病历起诉医院同时时间内有 2 份不同医嘱单,而被追究刑事责任。如护士因疏忽大意而错给一位未做过青霉素皮试的病人注射了青霉素,若该病人幸好对青霉素不过敏,那么,该护士只是犯了失职过错,构成一般护理差错。假若该病人恰恰对青霉素过敏,引起过敏性休克致死,则需追究该护士法律责任,她可能被判渎职罪。法律规定因失职致患者伤害或死亡按民法通则第 119 条除追究刑事责任外,还赔偿医疗费、误工费和生活补助费及死亡后丧葬费。

(三) 临床护理记录的法律效力 临床护理记录不仅是检查衡量护理质量的重要资料,也是医生观察诊疗效果、调整治疗方案的重要依据。在法律上,也有其不容忽视的重要性。不认真记录,或漏记、错记等均可能导致误诊、误治、引起医疗纠纷,临床护理记录在法律上的重要性,还表现在记录本身也能成为法庭上的证据,若与病人发生了医疗纠纷或与某刑事犯罪有关,此时护理记录,则成为判断医疗纠纷性质的重要依据,或成为侦破某刑事案件的重要线索。因此,在诉讼之前对原始记录进行添删或随意篡改,都是非法的。

(四) 执行医嘱的法律责任 医嘱通常是护理人员对病人施行诊断和治疗措施的依据,并且具有法律效应。一般情况下,护理人员对医生做出的医嘱应不折不扣地执行,随意更改或无故不执行医嘱应认为是违法行为。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,若明知该医嘱可能给病人造成损害,仍照旧执行,或因疏忽、因业务水平不足未看出错误医嘱酿成严重后果,将与医生共同承担法律责任。

(五) 药品、物品的使用与管理 药物管理和使用是一个充满潜在性危险的领域,引起法律方面的问题也是令人震惊的。护士的职责要求护士成为病人的监护者。因而,在给药时要确实做到三查七对一注意,并且熟悉所使用药物的作用、机理及副作用。护士使用的药物与医嘱和医院有关药物管理的政策保持一致。如麻醉药品临床上只用于晚期癌症或术后镇痛等。护理人员若利用自己的权力将这些药品提供给一些不法分子倒卖或吸毒者自用,则这些行为事实上已构成了参与贩毒、吸毒罪。因此,护理管理者应严格抓好这类药品管理制度的贯彻执行,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) 语言表达不妥当与医疗纠纷 护理人员没有树立全心全意为患者服务的思想,在与患者沟通过程中语态失常,在整天与各种患者接触中有一种见多不怪的思想,被询问多后产生烦躁情绪,训斥患者,还有护士遇到挫折不快时,表现在行动上,进而迁怒患者,使患者难以接受,一旦病情恶化死亡则产生医疗纠纷。

(七) 护生的职责与法律责任 护生是学生,她只能在执业护士的严密监督和指导下,为病人实施护理。如果在执业护士的指导下,护生因操作不当给病人造成损害,那么她可以不负法律责任。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,那么她同样也要承担法律责任,病人有权利要她作出经济赔偿。所以,护生进入临床实习前,应该明确自己法定的职责范围。

(八) 职业保险与法律判决 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害者的赔偿。医院作为护理人员的法人代表,对护理人员所发生的任何护理损害行为,也应负有赔偿责任。当病人控告护士,法庭作出判决时,若医院

出面承受这个判决，则对护士的判决常常可以减轻，甚至可以免除。因此，医院也应参加保险，可使护理人员的职业责任保险效能大为增强。如：病人摔倒 病人一旦入院，医院就承担意外风险。病人在医院内摔倒，护士不一定有绝对的责任，但也牵涉到一定的法律责任。如一位女病人夜间上厕所时，因未开灯而不慎摔倒，致颅脑外伤，家属告医院未细心看护病人而致患者受伤。我们护士只能靠足够的证据证明病人摔倒并非由于护士的疏忽造成，提醒护士需评估病人是否有摔倒的潜在性危险，并采取必要的措施，且要科学、真实和准确地记录于病历上。

附 1

中华人民共和国护士管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强护士管理，提高护理质量，保障医疗和护理安全，保护护士的合法权益，制定本办法。

第二条 本办法所称护士系指按本办法规定取得《中华人民共和国护士执业证书》并经过注册的护理专业技术人员。

第三条 国家发展护理事业，促进护理学科的发展，加强护士队伍建设，重视和发挥护士在医疗、预防、保健和康复工作中的作用。

第四条 护士的执业权利受法律保护。护士的劳动受全社会的尊重。

第五条 各省、自治区、直辖市卫生行政部门负责护士的监督管理。

第二章 考 试

第六条 凡申请护士执业者必须通过卫生部统一执业考试，取得《中华人民共和国护士执业证书》。

第七条 获得高等医学院校护理专业专科以上毕业文凭者，以及获得经省级以上卫生行政部门确认免考资格的普通中等卫生（护士）学校护理专业毕业文凭者，可以免于护士执业考试。获得其他普通中等卫生（护士）学校护理专业毕业文凭者，可以申请护士执业考试。

第八条 护士执业考试每年举行一次。

第九条 护士执业考试的具体办法另行制定。

第十条 符合本办法第七条规定以及护士执业考试合格者，由省、自治区、直辖市卫生行政部门发给《中华人民共和国护士执业证书》。

第十一条 《中华人民共和国护士执业证书》由卫生部监制。

第三章 注 册

第十二条 获得《中华人民共和国护士执业证书》者，方可申请护士执业注册

第十三条 护士注册机关为执业所在地的县级卫生行政部门。

第十四条 申请首次护士注册必须填写《护士注册申请表》，缴纳注册费，并向注册机关缴验：

（一）《中华人民共和国护士执业证书》；

(二) 身份证明;

(三) 健康检查证明;

(四) 省级卫生行政部门规定提交的其他证明。

第十五条 注册机关在受理注册申请后, 应当在三十日内完成审核, 审核合格的, 予以注册; 审核不合格的, 应当书面通知申请者。

第十六条 护士注册的有效期为二年。

护士连续注册, 在前一注册期满前六十日, 对《中华人民共和国护士执业证书》进行个人或集体校验注册。

第十七条 中断注册五年以上者, 必须按省、自治区、直辖市卫生行政部门的规定参加临床实践三个月, 并向注册机关提交有关证明, 方可办理再次注册。

第十八条 有下列情形之一的, 不予注册:

(一) 服刑期间;

(二) 因健康原因不能或不适宜执行护理业务;

(三) 违反本办法被中止或取消注册;

(四) 其他不宜从事护士工作的。

第四章 执业

第十九条 未经护士执业注册者不得从事护士工作。护理专业在校生或毕业生进行专业实习, 以及按本办法第十八条规定进行临床实践的, 必须按照卫生部的有关规定在护士的指导下进行。

第二十条 护理员只能在护士的指导下从事临床生活护理工作。

第二十一条 护士在执业中应当正确执行医嘱, 观察病人的身心状态, 对病人进行科学的护理。遇紧急情况应及时通知医生并配合抢救, 医生不在场时, 护士应当采取力所能及的急救措施。

第二十二条 护士有承担预防保健工作、宣传防病治病知识、进行康复指导、开展健康教育、提供卫生咨询的义务。

第二十三条 护士执业必须遵守职业道德和医疗护理工作的规章制度及技术规范。

第二十四条 护士在执业中得悉就医者的隐私, 不得泄露, 但法律另有规定的除外。

第二十五条 遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故及其他严重威胁人群生命健康的紧急情况, 护士必须服从卫生行政部门的调遣, 参加医疗救护和预防保健工作。

第二十六条 护士依法履行职责的权利受法律保护, 任何单位和个人不得侵犯。

第五章 罚 则

第二十七条 违反本办法第十九条规定, 未经护士执业注册从事护士工作的, 由卫生行政部门予以取缔。

第二十八条 非法取得《中华人民共和国护士执业证书》的, 由卫生行政部门予以缴销。

第二十九条 护士执业违反医疗护理规章制度及技术规范的，由卫生行政部门视情节予以警告、责令改正、中止注册直至取消其注册。

第三十条 违反本办法第二十六条规定，非法阻挠护士依法执业或侵犯护士人身权利的，由护士所在单位提请公安机关予以治安行政处罚；情节严重，触犯刑律的，提交司法机关依法追究刑事责任。

第三十一条 违反本办法其他规定的，由卫生行政部门视情节予以警告、责令改正、中止注册直至取消其注册。

第三十二条 当事人对行政处理决定不服的，可以依照国家法律、法规的规定申请行政复议或者提起行政诉讼。当事人对行政处理决定不履行又未在法定期限内申请复议或提起诉讼的，卫生行政部门可以申请人民法院强制执行。

第六章 附 则

第三十三条 本办法实施前已经取得护士以上技术职称者，经省、自治区、直辖市卫生行政部门审核合格，发给《中华人民共和国护士执业证书》，并准许按本办法的规定办理护士执业注册。本办法实施前从事护士工作但未取得护士职称者的执业证书颁发办法，由省、自治区、直辖市卫生行政部门根据本地区的实际情况和当事人实际水平做出具体规定。

第三十四条 境外人员申请在中华人民共和国境内从事护士工作的，必须依本办法的规定通过执业考试，取得《中华人民共和国护士执业证书》并办理注册。

第三十五条 护士申请开业及成立护理服务机构，由县级以上卫生行政部门比照医疗机构管理的有关规定审批。

第三十六条 本办法的解释权在卫生部。

第三十七条 本办法的实施细则由省、自治区、直辖市制定。

第三十八条 本办法自 1994 年 1 月 1 日起施行。

附 2

病人的权利和义务

一、病人的权利

1、有享受医疗的权利 病人最基本的权利就是有权获得良好的医疗诊治。包括

（1）享受平等医疗权，凡病人不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重，都有权受到礼貌周到、耐心细致、合理连续的诊治；

（2）享受安全有效的诊治，凡病情需要，有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件，都有权获得；

（3）有权要求清洁、安静的医疗环境，并有权知道经管医生及护士的姓名；

（4）有权了解有关诊断、治疗、处置及病情预后等确切内容和结果，并有权要求对此做出通俗易懂的解释。从医疗角度不宜相告的或当时尚未明确诊断的，应向其家属解释。

(5) 有权决定自己的手术及各种特殊诊治手段，未经病人及家属的理解和同意，医务人员不得私自进行。同时，有权了解各种诊治手段的有关情况，如有何副作用，对健康的影响，可能发生的意外及并发症、预后等。

2、有拒绝治疗的权利 病人在法律允许的范围内(精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围)可拒绝治疗，也有权拒绝某些实验性治疗。但医生应说明拒绝治疗的危害。在不违反法律规定的范围内，有权出院，但必须由医院和医生做出对其出院及后果不负任何责任的签字。

3、有要求保密的权利 病人在医疗过程中，对由于医疗需要而提供的个人的各种秘密或隐私，有要求保密的权利；病人有权对接受检查的环境要求具有合理的声、像方面的隐蔽性。由异性医务人员进行某些部位的体检治疗时，有权要求第三者在场；在进行涉及其病案的讨论或会诊时，可要求不让不涉及其医疗的人参加；有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。

4、有参与评估的权利 病人在接受治疗的过程中，对施治单位或个人各个环节的工作有权做出客观、恰如其分的评价，无论由谁支付医疗费用，病人都有权审查他的账单，并有权要求解释各项支出的用途。

5、有监督维护自己医疗权利实现的权利。病人在享有平等的医疗权的同时，也享有维护这种权利实现的权利，在病人的医疗权利受到侵犯，生命受到威胁而又被拒绝治疗时，病人有权直接提出疑问，寻求解释或通过社会舆论提出批评，要求有关医疗单位或人员改正错误，求得解决。

二、病人的义务

1、有尽可能、及时就医的义务。有病就要求医，不要讳疾忌医，以致铸成大错。

2、有准确提供医疗资料的义务。病人有义务尽自己所知提供现病史、过去史、住院史、用药史及其它有关情况的准确而完整的资料，并有义务向负责其医疗的医生报告意外的病情变化。

3、有遵从医嘱的义务。病人有义务遵照医生为自己所采取的治疗措施和检查安排计划；遵照医护人员执行医疗计划和规章制度时的嘱咐；还有义务遵守约定，如果不能守约，则要报告给主管医生或有关人员。

4、有遵守医院各项规章制度与规定的义务。病人要协助医院控制和减少噪音、保持清洁安静、不吸烟、减少探亲来访人员等；有义务遵守医院的规章制度。

5、有尊重医务人员及其它病人的义务。医患之间、患者之间都应互相尊重。不应轻视医务人员及其他病人，要尊重他们的人格，更不能打骂、侮辱医务人员。

6、有按时、按数支付医疗费用的义务。病人不论以何种方式支付医疗费，都有责任按时按数交付，或督促单位前往医院交付，不能把经济负担转嫁给医院。

7、病愈后有及时出院的义务。医院的床位和医疗资源有限，只有及时周转才能保证广大患者对医疗的需求，因而病人病愈后应及时出院。

8、有协助医院进行随访工作的义务。有些病人出院后，还要继续跟踪随访观察治疗效果，这是医院对病人负责的表现，病人有义务配合随访。

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，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、实物作出的检验报告；

(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作出行政处理。

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，作出是否受理的决定。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，应当自作出受理决定之日起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，对符合本条例规定作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作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作出书面报告，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作出书面报告，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作出行政处理的情况，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所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，卫生行政部门并可以责令暂停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行使依照本条例有关规定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。

第二节 医院护理管理制度

Nursing Management Institution In Hospital

护理管理是医院管理的重要组成部分，它直接关系到医院管理水平，护理规章制度是管理中的一项重要内容，加强医院管理，建立正常的工作秩序，改善服务态度，提高医疗护理质量，防止医疗差错事故的发生，在很大程度上取决于有效的科学管理制度。

护理规章制度是护理人员长期工作经验的总结，是客观工作规律的反映，是处理各项工作的标准，是保护医院病人接受治疗、检查、护理的重要措施，是检查护理工作的依据，也是护理教学和培养在职医护人员的重要内容。

护理工作是医院工作的重要组成部分，其特点是工作细致、复杂、涉及面广、具有严格的连续性和继承性。要做到对病人 24 小时进行不间断的治疗、护理和观察病情，加强科学管理，必须建立健全完整、系统、有效的科学规章制度，使各级护理人员有所遵循，使各班工作衔接紧密，循序进行。

一、各级护理人员职责（Responsibilities of Nursing Personnel at Different Levels）

（一）护理部主任职责（Head of the Nursing Department's Responsibilities）

1. 在院党委、院首长领导下，负责组织实施全院护理、护理教学和科研，以及护理管理工作。
2. 负责组织全院护理工作计划、年度工作计划和质量监测控制方案的制定、实施、检查和总结。
3. 深入科室，指导护理工作，参加重大手术、急危重症、疑难病例的会诊和抢救，并组织其护理。定期进行护理查房，检查、指导临床护理、护理文书书写、消毒隔离、病区管理和物资保管等工作。
4. 定期召开护士长会议，分析护理质量，总结经验，发现问题，提出改进措施。
5. 掌握各科室护理人员的流动情况，根据科室任务，负责护理人员的临时调配。
6. 负责组织护理人员的业务训练，人才培训和技术考核。安排护理教学和进修、实习人员的培训。
7. 运用国内外护理先进技术，组织开展新业务、新技术和护理科研。
8. 检查督促全院护理人员履行职责，认真执行各项规章制度和技术操作常规，严防事故、差错和医院感染。

9. 掌握护理人员的思想、业务能力和工作表现，提出考核、晋升、奖惩和培养使用意见。

副主任在主任的领导下，按分工履行主任职责的相应部分。

(二) 护理部助理员职责 (Responsibilities of Assistant in the Nursing Department)

1. 在护理部主任的领导下，分工负责护理、护理教学和护理科研。

2. 负责草拟工作计划和总结，承办日常事务。

3. 经常深入科室，检查病区管理和各项护理工作质量，征求伤病员意见，发现问题，及时解决，必要时向主任报告。

4. 经常检查护理各项规章制度和技术操作常规的执行情况。对护理事故、差错，认真调查、分析，及时报告。

5. 承办全院护理学术活动及护理人员技术考核，具体安排进修、实习护士的培训。

6. 了解护理学科发展动态，及时向主任提供信息资料。

7. 负责护理人员技术档案资料的收集、整理和各种登记、统计工作。

8. 承办院首长、护理部主任临时交办的工作。

(三) 护士长职责 (Responsibilities of Head Nurse)

1. 在本科主任领导和护理部主任指导下，负责本科护理、护理教学和科研，以及护理管理工作。

2. 负责组织本科年度护理工作计划、护理质量监测控制方案的制定、实施、检查和总结。

3. 督促检查本科护理人员认真执行医嘱和各项规章制度，遵守护理技术操作常规，预防事故、差错和医院感染。

4. 掌握全科护理工作情况，负责本科护理人员排班。参加科主任查房、科内会议和术前、疑难病例及死亡病例讨论。组织本科护理查房和护理会诊，参加并指导重危、大手术和抢救病人的护理。负责审修护理病历。

5. 组织本科护理业务训练和技术考核，安排进修、实习护士的培训，并担任教学。

6. 组织开展护理新业务、新技术和科研工作，总结经验，撰写学术论文。

7. 定期组织伤病员学习，经常了解伤病员的病情、思想和生活情况，开展心理护理，做好卫生宣传和病区管理工作。

8. 负责或指定专人负责各类仪器、设备和药品、器材和管理，以及卫生被服的清领、报销和各种登记、统计工作。

9. 掌握本科护理人员的思想、业务能力和工作表现，提出考核、晋升、奖惩和培养使用意见。

(四) 主管护师职责 (Responsibilities of Nurse in Charge)

1. 在本科主任、护士长领导和正（副）主任护师指导下，进行护理、护理教学和科研工作。

2. 参加临床护理，完成护士长安排的各班、各项护理工作。承担难度较大的护理技术操作，协助护士长进行护理管理。参加重危伤病员的抢救与专科特别护理。

3. 制定重危、疑难、大手术伤病员的护理计划，书写护理病历，指导护师（士）实施身心护理。

4. 参加科主任查房和护理查房，全面了解本组伤病员的病情和治疗情况，解决较复杂、疑难护理问题。

5. 担任护理教学、帮助护师（士）提高专业理论和技术操作水平，指导进修、实习护士的培训。

6. 运用国内外护理先进技术，开展新业务、新技术和护理科研，总结经验，撰写学术论文。

7. 按照分工，做好病区药品、器材的管理。

（五）护师（士）职责（Nurse's Responsibilities）

1. 在本科主任、护士长领导和上级护师的指导下进行护理工作。

2. 负责完成各班、各项护理工作，正确执行医嘱和技术操作规程，严格查对制度和消毒、隔离制度，预防事故、差错和医院感染。

3. 严密观察伤病员的病情变化，做好重危伤病员的护理。协助医师进行各种诊疗工作，负责采集各种送检标本。

4. 参加护理查房，在上级护师的指导下，制定护理计划，书写护理病历。

5. 参加护理教学、承担进修、实习护士的临床带教工作。

6. 学习护理先进技术，开展新业务、新技术，参加护理科研，总结经验，撰写学术论文。

7. 宣传卫生知识，介绍住院规则，了解伤病员的心态，开展心理护理。

8. 做好病房管理。办理伤病员出院、入院、转科、转院手续。按照分工，负责药品器材、卫生被服、办公用品等的请领、保管和各种登记、统计工作。

二、护理工作制度（Nursing Work Institution）

（一）护士值班、交接班制度（Institution of Being on Duty ,Handing over and Carrying on）

1. 病房护士实行一周倒班一次三班轮流值班。值班人员应严格遵照医嘱和护士长安排，对病员进行护理工作。

2. 交班前，护士长应检查医嘱执行情况和危重病员记录，重点巡视危重病员和新病员，并安排护理工作。

3. 病房应建立日夜交班簿和医院用品损坏、遗失簿。交班人必须将病员总数、出入院、死亡、转科、手术和病危人数；新病员的诊断、病情、治疗、护理、主要医嘱和执行情况；送留各种检验标本数目；常用毒剧药品、急救药品和其他医疗器械与用品是否损坏或遗失等情况，记入交班簿，向接班人交待清楚后再下班。

4. 晨间交接班时，由夜班护士重点报告危重病员和新病员病情诊断以及与护理有关的事项。

5. 早晚交班时，日夜班护士应详细阅读交班簿，了解病员动态，然后由护士长或主管护士陪同日夜班重点巡视病员作床前交班。交班者应给下一班作好必需用品的准备，以减少接班人的忙乱。

（二）消毒、隔离制度（Institution of Disinfecting and Isolation）

1. 各诊室、治疗室、换药室、配药室、抢救室、重症监护室、手术室、制剂室、细菌室、产房、新生儿室、新生儿病房、血库、血液净化室、无菌器械敷料室、输液（血）器具清洗包装室、隔离观察室、传染病区等，均应定期消毒，必要时随时消毒。

2. 在班医护人员必须穿戴工作衣、帽，着装整洁。诊疗工作前后均应洗手，或用消毒液泡洗。无菌操作时，应戴口罩并严格遵守无菌操作规程。

3. 无菌容器、器械、敷料应当定期消毒、灭菌，消毒液应定期更换。服药杯应固定使用，定期清洗、消毒。体温计每次用后，用消毒液浸泡。牙钻、漱口杯每次用后应当彻底消毒。痰杯、便器用后应清洗、消毒。

4. 疑诊传染病时，应在观察室隔离观察，非传染病科检出传染病时，应及时会诊、转科。

5. 传染病员应当按病种、病情分别隔离治疗，在指定的范围内活动，不准互串病室和外出，传染病员到它科诊疗时，应做好隔离、消毒工作；出院、转院、转科、死亡后，应按《中国人民解放军传染病防治条例》的有关规定进行终末消毒。

6. 传染科工作人员进入污染区，应当穿隔离衣、鞋、戴口罩；接触不同病种时，应更换隔离衣，洗手；离开污染区，应脱去隔离衣、鞋、洗手。

7. 传染病员的排泄物和用过的物品，应当按《中国人民解放军传染病防治条例》的规定消毒处理。未经消毒的物品不得带出传染病区，也不得给他人使用。传染病员用过的被服，应消毒后在清洗。医院污水须经消毒处理后才能排放。

8. 厌氧菌、绿脓杆菌等特殊感染的伤病员，应严密隔离；用过的器械、被服，住过的房间，应彻底消毒处理；用过的敷料、棉球应单独收集并焚毁。

9. 医疗单位的消毒工作，必须严格执行《消毒管理办法》和《消毒技术规范》。

（三）医嘱制度

1. 医嘱一般在上班后二小时内开出，要求层次分明，内容清楚。转抄和整理必须准确，一般不得涂改。如须更改或撤销时，应用红笔填“取消”字样并签名。临时医嘱应向护士交代清楚。医嘱要按时执行。开写、执行和取消医嘱必须签名并注明时间。

2. 医师写出医嘱后，要复查一遍。护士对可疑医嘱，必须查清后方可执行。除抢救或手术中不得下达口头医嘱，下达口头医嘱，护士需复诵一遍，经医师查对药物后执行，医师要及时补记医嘱。每项医嘱一般只能包含一个内容。严禁不看病人就开医嘱的草率作风。

3. 护士每班要查对医嘱，夜班查对当日医嘱，每周由护士长组织总查对一次。转抄、整理医嘱后，需经另一人查对，方可执行。

4. 手术后和分娩后要停止术前和产前医嘱，重开医嘱，并分别转抄于医嘱记录单和各项执行单上。

5. 凡需下一班执行的临时医嘱，要交代清楚，并在护士值班记录上注明。

6. 医师无医嘱时，护士一般不得给病员做对症处理。但遇抢救危重病病人的紧急情况下，医师不在，护士可针对病情临时给予必要处理，但应做好记录并及时向经治医师报告。

（四）查对制度（Institution of Inspection and Check）

1. 临床科

（1）下达医嘱、书写处方或进行诊疗处置时，应查对伤病员姓名、性别、年龄、床号、病案号。

（2）执行医嘱应当“三查七对”：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射、处置后查。对

床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法。

(3) 清点药品时和使用药品前，应当检查质量、标签、失效期和批号，如不符和要求，不得使用。

(4) 给药前，应询问有无药物过敏史。使用麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品时，应当反复核对。静脉给药前，检查有无变质，瓶口有无松动、裂缝。用多种药物时，应注意配伍禁忌。

(5) 输血前，须经两人查对无误后方可输入；输血中应密切观察，确保安全；输血完毕，瓶内余血保留 24 小时后方可处理。

2. 手术室

(1) 接伤病员时，应当查对科别、床号、姓名、性别、诊断、手术名称、术前用药。

(2) 手术前，查对姓名、性别、诊断、手术部位。

(3) 做体腔或深部组织手术，术前与缝合前应清点纱布、沙垫、纱（棉）球、器械、缝针和线轴数；术闭，再清点复核 1 次。

(4) 手术留取的标本，应及时登记，并查对科别、姓名、部位和标本名称。

(5) 用药与输血应按临床科查对制度要求进行查对。麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品需经 2 人查对无误后，方可使用。

(五) 事故、差错登记报告制度

1. 各科室建立差错、事故登记本，由本人及时登记发生差错、事故的经过、原因、后果。护士长及时组织讨论与总结。

2. 发生差错、事故后，要积极采取抢救措施，以减少或消除由于差错、事故造成的不良后果。

3. 发生严重差错或事故的各种有关记录、检验报告及造成事故的药品、器械等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁，并保留病人的标本，以备鉴定。

4. 差错、事故发生后，按其性质与情节，分别组织全科或全院有关人员进行讨论，以提高认识，吸取教训，改进工作，并确定事故性质，提出处理意见。

5. 发生差错、事故的单位或个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现时，须按情节轻重给予处分。

6. 为了弄清事实真相，应注意倾听当事人的意见。讨论时吸收本人参加，允许个人发表意见。决定处分时，领导应进行思想工作，以达到教育的目的。

7. 护理部应定期组织护士长分析差错、事故发生的原因，并提出防范措施。

(六) 分级护理制度 (Graded Nursing Institution)

伤病员入院后，由医师根据病情决定护理等级，下达医嘱。护理等级分为特别护理及一、二、三级护理，并分别设统一的标记，在伤病员一览表和床头牌上显示。伤病员住院期间，应根据病情变化，及时更改护理等级。

1. 特别护理：病情危重或大手术后，随时可能发生意外的伤病员，派专人昼夜守护，制定护理计划，严密观察病情变化，预防并发症，备齐各种监护仪器及急救器材、药品、随时做好急救准备，及时准确的填写“特护记录”，并按规定时间作出小结和总结。特别护理标志为红色三角。

2. 一级护理：重症、大手术后需严格卧床休息或有意识障碍的伤病员，生活上给予周密照顾，必要时制定护理计划和做好护理记录；密切观察病情变化，每 15—30 分钟巡视 1 次；认真做好晨、晚间护理；根据病情定时变换体位、擦澡、洗头、预防并发症。一级护理标志为红色竖杠。

3. 二级护理：病情较重或重病恢复期、年老体弱生活不能完全自理的伤病员。适当做室内活动，生活上给予必要的协助；注意观察病情变化，每 1—2 小时巡视 1 次。二级护理标志为兰色竖杠。

4. 三级护理：病情较轻或康复期的伤病员。在医护人员指导下自理生活，注意观察病情，每 3—4 小时巡视 1 次；根据病情参加一些室内、外活动。出院前做好卫生及健康指导工作。

（七）危重伤病员抢救制度 (Institution of Salvaging Critical Patient)

1. 对危重伤病员的抢救，必须明确分工，紧密配合，积极抢救，严密观察，详细记录，抢救结束后应当认真总结经验。

2. 科内危重伤病员的抢救，由科主任、正（副）主任医师或主治医师组织实施，并报告医务部（处）。

3. 各临床科室应设急救室或监护室，药品、器材定位放置、专人保管、定期检查，经常保持完好状态。

4. 急救室或监护室内应有常见急危重症抢救预案，医护人员应熟练掌握常用抢救技术和仪器的使用。

（八）手术室工作制度 (Work Institution of Operation Room)

1. 各临床科应于手术前 1 日上午填好手术通知单，送交手术室，并注明特殊用品，有经血液或体液传播可能的患者应注明；急诊手术可先电话通知，以后补填手术通知单。手术室随时做好急诊手术的准备工作。

2. 各种事先应做好各项术前准备，手术人员应按时到达手术室。手术室应按时接伤病员，并认真查对。

3. 进入手术室的人员，必须更换手术室专用的衣、裤、帽、鞋、口罩，严格遵守手术室规则。院内参观须经手术室护士长同意；院外参观须经医务部（处）同意，并从严控制参观人数。

4. 手术人员术前认真查对，术中精力集中，密切配合，确保手术顺利进行，不得大声谈论病情或与手术无关的事情，保持室内肃静。

5. 手术人员应遵守无菌技术操作，无菌手术和有菌手术分室进行。如须在同一手术间进行，先做无菌手术，后做有菌手术。

6. 污染的器械和敷料，及时进行消毒、清洗处理。有经血液或体液传播可能的患者，其用过的手术器械须用高效消毒液浸泡，其他物品用高效消毒液擦拭。特殊感染须行特殊处理，必要时暂停手术，彻底消毒。

7. 做好手术室的卫生整顿。定期检查消毒灭菌液体的浓度、数量和质量，及时补充、更换。定期做空气消毒、空气和指皿培养，检测资料应逐月归档保存。无菌手术切口发生感染时，应与临床科共同讨论，查找原因，并提出改进措施。按月做好手术登记、统计工作。

8. 手术采取的标本，按规定保存，术毕由手术医师填写病理检查申请单，并及时送检。

9. 建立常规手术器械卡片，准备器械时按卡片进行查对，同时检查器械性能，保证适用。特殊重大手术，术者应亲自检查。手术包必须标明名称、失效期和责任者编号。手术室物品一般不外借。特殊情况需外借时，急救器材需经手术室护士长或值班人员同意，贵重器材需经医务部（处）批准。

10. 各种药品、器材均应定位放置，用后放回原处。手术器械应有专人保管，定期清点、擦拭和维修。麻醉药品、精神药品和医疗用毒性药品应有明显标志。氧气、氧化亚氮等不同种类气体的瓶罐或管道开关，应用不同颜色分类标志，醒目可辨，并按规定存放。

11. 设昼夜值班员。各类备用急诊手术包和急救药器、器材、每日由值班员清点，及时补充、更换。

（九）消毒供应室工作制度（Work Institution of Disinfecting Supply Room）

1. 消毒供应室根据各科室需要，发给科室一定基数的消毒物品，按时下收下送，严格物品交换、收发手续。各科室临时借用物品，应当办好手续，用后及时归还。各科室用过的物品经初步消毒后再交换。传染科用过物品，应先消毒后交换。

2. 各科特需的敷料、器材、自行包装，注明科别，定时送交消毒供应室消毒。

3. 各类器材、敷料的洗涤、包装和消毒，应严格执行《消毒管理办法》、《消毒技术规范》和技术操作规程。污染物品和已消毒物品不得混放，发现可疑时应重新消毒。定期检查高压灭菌器的效能和各种消毒液的浓度。消毒灭菌后的器械、物品必须定期抽样作细菌培养检查。蒸馏水、输液器具定期抽样做热原检查。一次性使用物品（注射针具、输液器等）使用前按规定抽样做热原检查。

4. 各种治疗包应注明名称、失效期、责任者编号。凡炎热潮湿季节消毒物品时间超过1周，其他季节超过2周，应一律重新消毒。消毒供应室储备一定数量的消毒器材、敷料，以备机动使用。

5. 物品消毒后，应立即送无菌物品存放室，分别按科室存放。无菌室内不得放置任何未灭菌物品，并应定期进行空气消毒和空气细菌培养，报告单留存备查。

6. 建立物品帐目和请领、分发、报销制度，并定期清点，保持帐物相符。

7. 对所有物品、器材应定期检查、保养、防止霉烂、生锈、损坏和丢失。坚持修旧利废和再生使用。

8. 临床科室对消毒供应室供应的物品，护士长应指定专人负责保管，消毒供应室应定期抽查。

9. 消毒供应室应按照《医院消毒供应室验收标准》及《输液、输血、注射器洗涤质量标准》等有关规定，加强全面质量控制与管理。

10. 设值班员，负责值班时间内的消毒供应和安全工作。

（十）监护室工作制度（Work Institution of ICU）

1. 凡需住监护室的危重伤病员，由主治医师以上人员确定，并严格执行经治医师、主治医师、正（副）主任医师、科主任分级检诊，制定监护和抢救方案。护士实行三班制，24小时连续进行监测性护理，不许陪护和探视。

2. 从事监护工作的医护人员，上岗前必须经过有关专业知识培训，掌握熟练急救技术，以及室内急救器材的性能和使用方法。

3. 值班医护人员应坚守岗位，密切观察病情，准确进行生命体征的监测，及时记录，遇有病情变化，应及时处理。

4. 保持室内安静、整洁。入室人员按规定着装。严格执行无菌技术操作规程。无菌容器、器械、敷料定期消毒、消毒液定期更换。室内定期进行空气消毒和空气细菌培养，并将报告单留存备查。

5. 对贵重医疗仪器、设备应指定专人管理，建立档案，定期检查、维修。各种器械、药品应定人、定位、定量保管，用后及时补充，保持完好状态。

（十一）血液净化室工作制度（Work Institution of Blood Purified Room）

1. 凡需进行血液净化治疗的伤病员，由临床医师填写治疗申请单，经科主任审签，并经血液净化室专科医师会诊同意后方可进行。
2. 对接受血液净化治疗的伤病员，治疗前应详细了解病情，进行体格检查，制定治疗方案，下达医嘱。长期治疗的伤病员，每次治疗前，询问前次治疗后的反应、饮食及用药情况，并测体重、血压，检查心、肺情况等。
3. 严格执行无菌操作规程及消毒隔离制度，预防交叉感染的发生。
4. 工作时间由专人负责机器操作，每次透析后清洁消毒透析机。
5. 透析中严密观察病情变化，详细做好透析记录。
6. 保持透析间的清洁整齐，每天透析前后用含氯消毒剂拖地，紫外线照射 60 分钟，定期做室内空气细菌培养。
7. 定期检查软化水及其渗水系统，保证透析用水质量及无致病菌生长。
8. 透析室内禁止喧哗、吸烟。

【本章实例分析与应用】

关于一起医疗纠纷的思考

1998 年，26 岁的杜某怀上了双胞胎。11 月 4 日，她住进了中日友好医院，此时的孕期只有 33 周。11 月 9 日下午 2 时，两个男孩剖腹产出生。由于早产，两个孩子出生后体重偏轻，被放入暖箱采取监护。老大吃奶较慢，医护人员在其鼻孔里插了一根鼻饲管，通过鼻饲管来输送营养。孩子放在暖箱，手脚没有捆绑。医院说，捆绑是不科学的。但孩子的家人认为，鼻子中插着鼻饲管，不捆绑是很危险的。当时孩子在暖箱里手脚乱动，有一次他亲眼看到老大将鼻饲管拔了出来。

11 月 11 日晚上，医生突然通知王某，说孩子病危，怀疑是脑出血，大脑缺氧。孩子抢救过来了。但孩子长到 6 个月后，杜某发现，老二活泼好动，而老大则连坐都不会，甚至不会爬，还经常抽搐。

1999 年 6 月，杜某带老大到中日友好医院检查，经查是脑发育不良可能性比较大。后经确诊，孩子脑发育不良，脑白质少，属于重度脑瘫。医生分析原因说，初生儿只要窒息过几秒钟，就足以造成这样的后果。

2001 年 2 月 12 日，北京市医疗事故鉴定委员会出具了鉴定书，认为患儿脑异常改变不能用先天脑发育不良解释，而与患儿缺血缺氧有关。中日友好医院对患儿生后出现抽搐未给予高度重视及监测，未做相应临床检查，未做详细的诊断及鉴别诊断，临床可疑颅内出血后仅对症治疗，对患儿的预后亦未向家属做明确的病情交待，与患儿目前出现的重症脑瘫、智力低下有一定的关系。委员会认定属于三级医疗技术事故。

2001 年 6 月 5 日，杜某夫妇将中日友好医院告上法庭。他们认为，医院对孩子护理不妥、监护不周，特别是未给暖箱中的孩子施行捆绑。当时造成孩子窒息以至病危；在抢救过程中，主治大夫又违反操作规程，给孩子带来严重后果，并对病人家属隐瞒事实真相。因此，要求中日友好医院赔偿 400 万元。

第一次庭审中，医院提出，孩子所患颅内出血、脑瘫是由于其自身原因所致，并申请重新鉴定。北京市法庭科学技术鉴定研究所重新鉴定后，法院再次开庭。

根据法庭委托，北京市法庭科学技术鉴定研究所该所于 2002 年 7 月 10 日作出了法医学鉴定意见书，指出王日暖症状以内因因素为主，但医生对新生儿处置不当，导致对其抽搐、呼吸暂停等缺氧症状的控制不良，并致使新生儿在关键治疗期缺氧症状长时间持续存在，是造成其脑损害程度进一步加重的原因。此外，出院后的院外治疗情况有可能成为其脑损害加重的因素之一。

然而，这样的一份鉴定结论，双方似乎都不满意。

在这起医疗纠纷中存在哪些与医疗护理工作有关的法律问题？

全国迷你型MBA职业经理双证班

认证系列：职业经理资格认证、人力资源总监、营销经理、品质经理、生产经理、物流经理、

项目经理、企业培训师、酒店经理、市场总监、财务总监、营销策划师等认证。

颁发双证：通用高级经理资格证书+MBA 高等教育研修结业证书（含 2 年全套学籍档案）

证书说明：证书全国通用、国际互认、电子注册，是提干、求职、晋级、移民的有效依据

学习期限：3 个月（允许工作经验丰富学员提前毕业） 收费标准：全部学费 **1280** 元

咨询电话：13684609885 0451- 88723232 88342620 邮箱：xchy007@163.com

学校网站：www.mhjy.net 颁证单位：中国经济管理大学 承办单位：美华管理人才学校

全国招生 函授教育 颁发双证 权威有效



职业经理 MBA 整套实战教程

千本好书 **免费** 下载网址 www.mhjy.net