

ia BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

最佳实践指南

2013年7月

# 营造并维持护理领导力 最佳实践指南

第2版



 RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario

## 免责声明

指南无法约束护士或组织，使用指南应根据个人或当地情况灵活变通。该指南既不构成责任，也不免除责任。作者与安大略省注册护士协会已经在出版时尽一切努力确保内容的准确性，但无法作出任何保证，也无法对本指南内容中的任何错误或遗漏而造成的损失、损害、伤害或产生的费用承担任何责任。

## 版权所有

除本文中明确出现禁止或限制复制的部分外，其余部分可在不作任何修改的情况下，以任何形式(包括电子形式)制作、复制和出版(用于教育或非商业目的)。如果出于某些原因需要对材料进行改编，须获得安大略省注册护士协会的书面许可。

所有影印材料上必须出现摘选或引文标识，如下所示：

Registered Nurses' Association of Ontario (2013). *Developing and Sustaining Nursing Leadership*, (2<sup>nd</sup> ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. 这项工作由安大略省卫生和长期照护部 (MOHLTC) 资助。

## 联系方式

安大略省注册护士协会

珍珠街 158 号，多伦多，安大略省，M5H 1L3

网址：[www.rnao.ca/bestpractices](http://www.rnao.ca/bestpractices)

**ia** BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

最佳实践指南

2013年7月

# 营造并维持护理领导力 最佳实践指南

第2版



 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



## Doris Grinspun 致信

安大略省注册护士协会首席执行官

非常高兴安大略省注册护士协会（RNAO）发布了领导力最佳实践指南第二版。这是护理界制定的关于健康工作环境的九个最佳实践指南（BPG）之一。此指南旨在为创建健康舒适的工作环境提供强有力的证据支撑。

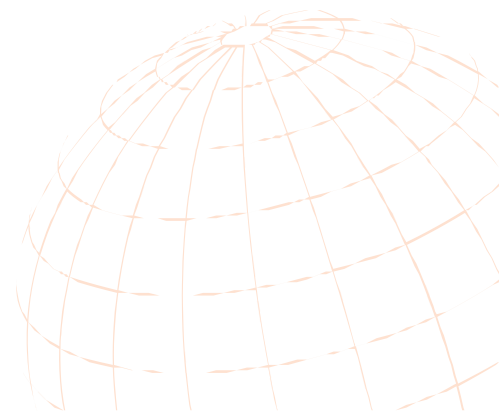
基于证据的最佳实践指南可提供与传递最优服务指导，可有效支持护士在其各项日常工作中的应用。RNAO很高兴能够为各位提供此重要资源。我们向众多个人和机构表示强烈的感激之情，是他们让RNAO编纂整理的健康工作环境最佳实践指南变为了现实：安大略省政府认可RNAO具备领导该项目的的能力并慷慨的提供了资金帮助；感谢RNAO国际事务和最佳实践项目指导主任 Irma Jean Bajnok在推进指南制定方面的专业知识和领导力；感谢Nancy Purdy和Pam Pogue的非凡的管理能力以及精湛的业务知识。同样感谢领导整体项目并努力让这个最佳实践指南从概念发展到现实的项目经理Althea Stewart-Pyne。最后，特别感谢最佳实践指南小组——我们十分尊重并重视各位的专业知识和志愿工作。对所有人来说，我们所完成的一切都不开各位的努力！

为坚定而充满热情的提供护理服务和健康的工作环境，我们护理同仁付出了全部知识与时间用以编纂、审阅、评估和修订指南中的每一个信息，如此的同仁关系注定会产生出辉煌的成果，并创造出一种基于证据的实践方案。让我们共同建立一个行之有效的学习交流平台——一个能承载人与人交流并分享知识的地方。这注定将会让所有人在最佳实践指南的实践和工作中感受到协同作用巨大助力。

创造健康的工作环境既是个人责任也是集体的责任。想要汲取指南中的全部内容离不开护士管理人员、工作人员、高级护士、护理政策、护士教育和护理研究等多方面同仁甚至跨学科的努力。我们期望您与您的团队成员共享此指南，三人行必有我师，在相互交流中一定会学到更多他人的经验。

最后，我们确信护士以及所有健康事业工作者为建立健康工作环境所做出的全部努力都是为高质量照护病患所做的重要工作铺陈，让健康事业工作者和所有人都成为大家努力结果的受益者！

Doris Grinspun,  
注册护士，护理学硕士、博士，荣誉法学博士  
安大略省注册护士协会首席执行官







# 目录

健康工作环境最佳实践指南项目背景 . . . . .	6	背景
健康工作环境最佳实践指南项目的组织框架 . . . . .	8	
发展和维持护理领导力指南背景 . . . . .	12	
本指南目的与适用范围 . . . . .	13	
如何使用指南 . . . . .	15	
发展和维持领导力概念模型 . . . . .	16	
发展和维持领导力模型概述 . . . . .	17	
<hr/>		
建议总结 . . . . .	20	建议
发展和维持护理领导力的证据类型与来源 . . . . .	23	
领导能力实践建议 . . . . .	27	
建立信任关系 . . . . .	29	
创建具备自主权的工作环境 . . . . .	36	
创建知识发散与整合的环境 . . . . .	42	
领导和维持改革 . . . . .	48	
平衡相互竞争的价值观和优先事项 . . . . .	53	
个人资源的建议 . . . . .	58	
教育建议 . . . . .	64	
组织建议 . . . . .	68	
系统建议 . . . . .	83	
对政府的建议 . . . . .	83	
对研究者的建议 . . . . .	86	
对机构的建议 . . . . .	88	
健康工作环境的评估与迭代过程 . . . . .	89	
指南的评估与监察 . . . . .	89	
<hr/>		
参考文献列表 . . . . .	93	参考文献
参考著作列表 . . . . .	93	
<hr/>		
附录 A: 实施策略 . . . . .	115	附录
附录 B: 与健康护理工作环境的领导力实践相关的概念测量模型 . . . . .	117	
附录 C: RNAO 架构与 LEADS 架构对比 . . . . .	123	
附录 D: Joanna Briggs Institute 的关于发展和维持护理领导力的文献系统回顾过程 . . . . .	125	
附录 E: 术语对应表 . . . . .	129	
附录 F: 指南制定过程 . . . . .	133	
附录 G: 工具包使用说明 . . . . .	135	
附录 H: 文章评审流程图 . . . . .	137	





## 专家团队

<p>Nancy Purdy, RN, PhD</p> <p>Panel Co- Chair</p> <p>Associate Professor</p> <p>Ryerson University</p> <p>Toronto, Ontario</p>	<p>Karen Eisler, RN, BScN, MScN, PhD</p> <p>Executive Director</p> <p>Saskatchewan Registered Nurses' Association</p> <p>Regina, Saskatchewan</p>
<p>Pam Pogue, RN, MScN</p> <p>Panel Co-Chair</p> <p>Acting Executive Director</p> <p>Nurse Practitioners' Association of Ontario</p> <p>Toronto, Ontario</p>	<p>Wendy Gifford, RN, PhD</p> <p>Assistant Professor, University of Ottawa</p> <p>Associate Researcher, Saint Elizabeth</p> <p>Ottawa, Ontario</p>
<p>Cecile Marville-Williams, RN, BScN, MA, CHE</p> <p>Program Director Critical Care, Cardiology, Respiriology and Oncology</p> <p>Humber River Regional Hospital</p> <p>Mississauga, Ontario</p>	<p>Nancy Lefebvre, RN, BScN, MScN, FCCHL</p> <p>Chief Clinical Executive</p> <p>Senior VP Knowledge and Practice</p> <p>Saint Elizabeth</p> <p>Markham, Ontario</p>
<p>Michelle Acorn</p> <p>NP PHC/Adult, ENC(C), GNC(C), MN</p> <p>Immediate Past President of Nurse Practitioners' Association of Ontario</p> <p>Toronto, Ontario</p> <p>Lead NP, Professional Practice Leader</p> <p>Lakeridge Health, Whitby Ontario</p>	<p>Allison Patrick, RN, PhD</p> <p>Manager of Quality Assurance</p> <p>College of Nurses of Ontario</p> <p>Toronto, Ontario</p>
<p>Diane Bewick, RN, BScN, MScN, DPA, CCHC(c)</p> <p>Director of Family Health Services</p> <p>Senior Nurse Leader</p> <p>Middlesex-London Health Unit</p> <p>London, Ontario</p>	<p>Judith Skelton-Green, RN, PhD</p> <p>Designer and Facilitator</p> <p>Dorothy Wylie Nursing and Health Leaders Institute</p> <p>Toronto, Ontario</p>

## RNAO 最佳实践指南项目团队：

Erica D' Souza, BSc, GC, DipHlthProm Healthy Work Environments Project Coordinator International Affairs and Best Practice Guidelines Program Registered Nurses' Association of Ontario Toronto, Ontario	Althea Stewart-Pyne, RN, BN, MHSC Healthy Work Environments Program Manager International Affairs and Best Practice Guidelines Program Registered Nurses' Association of Ontario Toronto, Ontario
Patricia Hogg, BA (Honours) Healthy Work Environments Project Coordinator International Affairs and Best Practice Guidelines Program Registered Nurses' Association of Ontario Toronto, Ontario	Alice Yang, BBA Project Coordinator International Affairs and Best Practice Guidelines Program Registered Nurses' Association of Ontario Toronto, Ontario

## 利益相关者致谢

安大略省注册护士协会感谢以下人员对护士领导力维持与进阶第二版的审查与校阅工作：

**Una Ferguson, RN, GNC(C), CPMHN(C)**

Staff Nurse

Royal Ottawa Mental Health Center

Ottawa, Ontario

**Patricia Donnelly, RN, BSc, BScN, MN**

Nursing Practice Quality Assurance

The Regional Municipality of Halton

Public Health Department

Oakville, Ontario

**Vanessa Kee, RN, JD**

Professional Practice Specialist

Ontario Nurses' Association

Toronto, Ontario

**Michelle Freeman, PhD, RN**

Assistant Professor

University of Windsor

Windsor, Ontario



\* 标记【G】的术语可在附录 E 术语表中查询

## 健康工作环境最佳实践指南项目的背景

2003 年 7 月，安大略省注册护士协会在安大略省卫生和长期护理部（MOHLTC）的资助下，与加拿大卫生部护理政策办公室合作下，开始制定以证据为基础的最佳实践指南，以期创造护士<sup>6</sup>的健康的工作环境<sup>6</sup>。就如同临床工作中一样，创造的健康工作环境应以最好的证据为基础。

健康工作环境最佳实践指南 G 项目对是联合省护理委员会（Joint Provincial Nursing Committee, JPNC）和加拿大护理咨询委员会（Canadian Nursing Advisory Committee, CNAC, 2002 年）发布的需求最优回应。对健康工作环境纲要的成文与讨论的想法最初是在 2000 年提交至安大略省卫生和长期护理部并由联合省护理委员会批准的《确保护理到位：一项安大略省护士招聘和留用报告（RNAO, 2000）》一文中提出。

老龄化人口日益增长的需求、技术的快速更迭与纷繁的消费主义迫使医疗系统承受着控费和提升生产力的巨大压力。加拿大卫生保健改革聚焦的重点是 2000 年联邦/省/国土第一部长协定【加拿大政府间会议秘书处（Canadian Intergovernmental Conference Secretariat, CICS）】，2000 年和 2003 年加拿大卫生协定（加拿大卫生部，2003 年）与 2004 年协定（第一部长，2004 年）中确定的主要目标：

- 根据需要提供及时医事服务
- 提供以患者为中心的高质量、高效且安全的医事服务
- 提供一个可持续发展式的医疗保健系统

护士是实现上述目标的关键。安全及时的医事服务的关键是需要有一套充足完备的护士团队。为护士营造一个完善的健康工作环境是保障护士安全、吸引护理人员以及保留护理人才的重中之重。

大量的文献和报道提及目前最大的挑战是招募与留任护理人员【应用艺术与科技学院协会（Association of Colleges of Applied Arts and Technology, ACAAT），安大略大学护理项目理事会（Council of Ontario University Programs in Nursing, COUPN），2002；加拿大护士协会（Canadian Nurses Association, CAN），2002；Bauman 等，2001；护理工作组，1999；RNAO，2000】。一些学者提示，当前护理人员短缺的根源是由于不健康的工作环境造成的（Dunleavy, Shamian & Thomson, 2003；Grinspun, 2000, 2010；Schindul-Rothschild, 1994）。提升工作环境的体验有助于修复数十年来因团队裁员和重组所造成的伤害。

人们越来越了解护士与其工作环境、护士与患者 G 预后、甚至于护士与团队乃至规章制度下绩效间的关系（Dugan 等，1996；Estabrooks、Midodzi、Cummings、Ricker 和 Giovannetti, 2005；Lundstrom、Pugliese、Bartley、

Cos 和 Guither, 2002)。更多研究表明护理人员的配置甚至与患者预后都有很强的关联性 (American Nurses Association , ANA, 2000; Blegen 与 Vaughn, 1998; Kovner 与 Gergen, 1998; Person 等, 2004, Needleman、Buerhaus、Mattke、Stewart 与 Zelevinsky, 2002; Cho、Ketefian、Barkauskas 与 Smith, 2003; Needleman 与 Buerhaus, 2003; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi 与 Jawad, 2003; Sovie 与 Jawad, 2001; Tourangeau, Giovannetti, Tu 与 Wood, 2002; Yang, 2003), 大量研究证据表明健康的工作环境可有效降低不必要的支出, 比如因缺勤、无法工作、健康花费等原因造成的团队资金损失 (Aldana, 2001) 以及患者不良预后而增加的成本 (美国卫生保健研究和质量机构, United States Agency for Health Care Research and Quality, USAHRQ, 2003)。

为满足护士需要的健康工作环境, 需利用“针对潜在的工作场所和组织因素的干预措施”来进行变革 (Lowe, 2004a)。我们制定的指南将实现这种变革。我们坚信实施这些措施将对护士、护士服务的患者以及护士所在部门和团队产生深远的影响, 专注于创造健康的工作环境, 将不仅利于护士, 也同样有利于医事团队及其成员<sup>G</sup>。我们也同样坚信, 只有在有充分的流程规划、重足的资源部署、有效的行政支持以及便利的条件下, 才是成功地实施该指南的最佳实践方式。

健康的工作环境是…	健康工作环境项目的 9 项最佳实践准则
<p>……要设置一个方案, 能最大限度地提高护士的健康和福祉, 可以提高病患预后乃至提升团队制度性绩效, 同样要符合一个更健康的团队交流环境。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 护理团队之间的协作实践</li> <li>■ 发展和维持有效人员配置与工作量实践</li> <li>■ 护理领导力进阶与维持</li> <li>■ 包容健康保健中的文化多样性: 发展文化素养</li> <li>■ 护理的专业精神</li> <li>■ 工作场所的护士的健康、安全和福利</li> <li>■ 护士工作场所中的暴力行为预警与管理</li> <li>■ 预防与减少工作环境中的护士身心疲惫</li> <li>■ 管理与降低工作和团队中的冲突</li> </ul>

# 健康工作环境最佳实践指南项目的组织框架

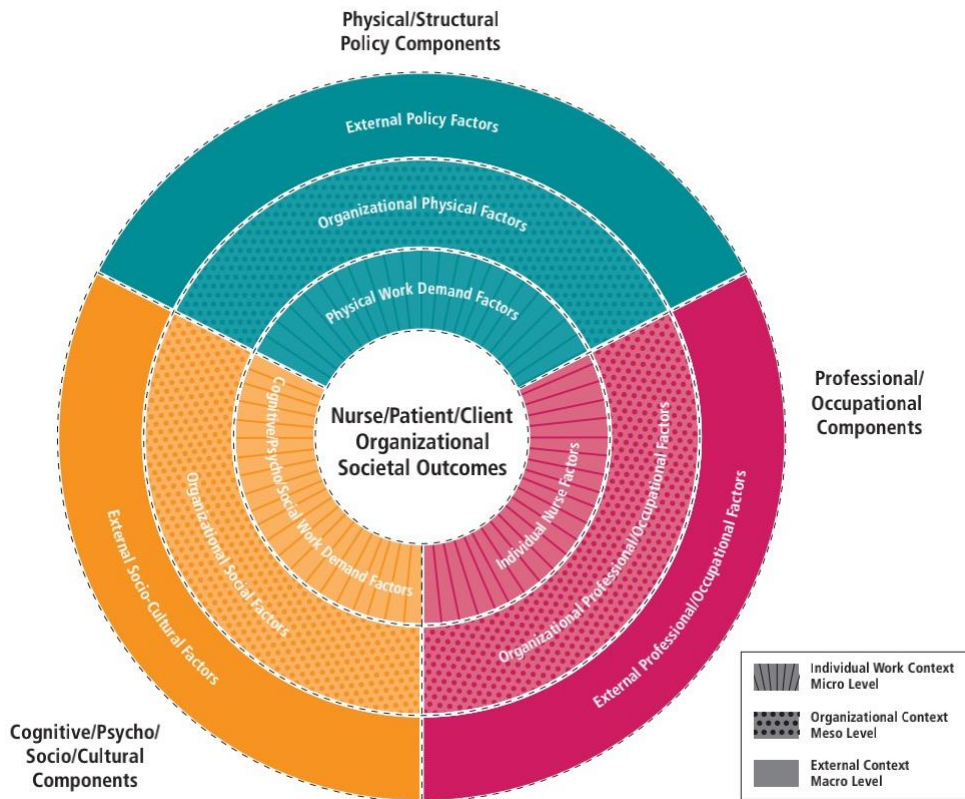


图 1 护士健康工作环境的概念模型——组成部分、因素和结局<sup>i iii</sup>

护士的健康工作环境是复杂和多维的，由许多组成部分和组成部分之间的关系组成。需要一个全面的模式来指导制定、实施和评价一个系统的方法来加强护士的工作环境。护士的健康工作环境被定义为最大限度地提高护士的健康和福祉、患者/客户的高质量结果、组织绩效和社会结果的实践环境。

护士健康工作环境的概念模型将健康工作场所描述为个人（微观层面）、组织（中观层面）和外部（宏观层面）系统决定因素之间相互依赖的产物，如上述三个外圈所示。这个圈子的核心是健康工作环境的预期受益者为护士、患者、组织和系统，以及整个社会，包括更健康的社区。模型内的线用虚线表示模型的所有层次和组成部分之间的协同作用。

该模型表明，个体的功能是由个体与其环境之间的相互作用所调节和影响的。因此，促进健康工作环境的干预措施必须以系统的多个层次和组成部分为目标。同样，干预措施必须不仅影响系统内的因素和相互作用，但也会影响系统本身<sup>v, vi</sup>。  
模型的假设如下：

- 健康的工作环境对高质量、安全的患者护理至关重要；
- 该模型适用于所有的实践场所和所有的护理领域；
- 个体、组织和外部系统水平因素是护士健康工作环境的决定因素；
- 所有三个层面的因素都影响护士的健康和福祉、患者质量结局、组织和系统绩效，无论是通过单独作用还是协同作用的社会效应；
- 在每个层面上，都有物理/结构政策部分、认知/心理/社会/文化政策部分和专业/职业政策部分；
- 以及专业/职业因素对每个职业都是独特的，而其余的因素对所有职业/职业都是通用的。

---

i Adapted from DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion.

*Journal of Medicine*, 35(12): December, 1221-1230; modified by Lashinger, MacDonald and Shamian (2001); and further modified by Griffin,

El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, & Shamian (2003)

ii Baumann, A., O' Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001, June).

*Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system.* Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Challenge Foundation.

iii O' Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12-16.

*Administration*, 5(2):12-16.

iv Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, 100(2), 21-23.

v Green, L.W., Richard, L. and Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): March/ April, 270-281

vi Grinspun, D., (2000). *Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management.* In Diana L. Gustafson (ed.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women.*

### 物理/结构性政策部分

■ 在个人层面，体力工作需求因素包括需要个人体力能力和努力的工作要求<sup>vii</sup>。这些因素包括工作量、改变时间表和轮班、繁重的工作、接触危险和传染性物质以及对人身安全的威胁。

■ 在组织层面上，组织物理因素包括组织的物理特征和物理环境，以及为响应工作的物理需求而创建的组织结构和过程。这些因素包括人员配备方案、灵活的和自我调度、使用正常工作的起重设备、职业健康和安全政策以及安保人员。

■ 在系统或外部层面，外部政策因素包括卫生保健服务模式、资金、立法、贸易、经济和政治框架(如移民政策、卫生系统改革)。

Physical/Structural Policy Components

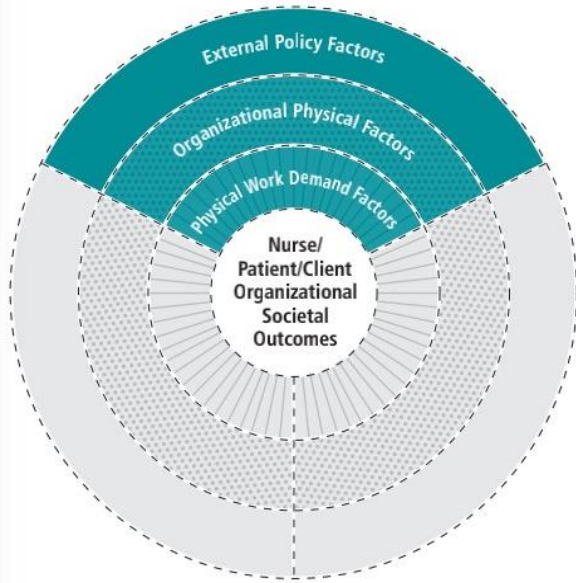


Figure 1A

### 认知、心理、社会、文化部分

■ 在个人层面上，认知和心理-社会工作需求因素包括需要认知、心理和社会能力和努力的工作需求(如临床知识、有效的应对技巧、沟通技巧)的个人部分<sup>vii</sup>。这些因素包括临床复杂性、工作保障、团队关系、情感需求、角色清晰度和角色紧张度。

■ 在组织层面上，组织的社会因素与组织的氛围、文化和价值观有关。这些因素包括组织的稳定性、沟通实践和结构、劳资/管理关系以及持续学习和支持的文化。

■ 在系统层面上，外部社会-文化因素包括消费者趋势、不断变化的护理偏好、家庭角色的变化、人群和服务提供者的多样性以及不断变化的人口结构——所有这些都影响着组织和个人的运作方式。

Cognitive/Psycho/Socio/Cultural Components

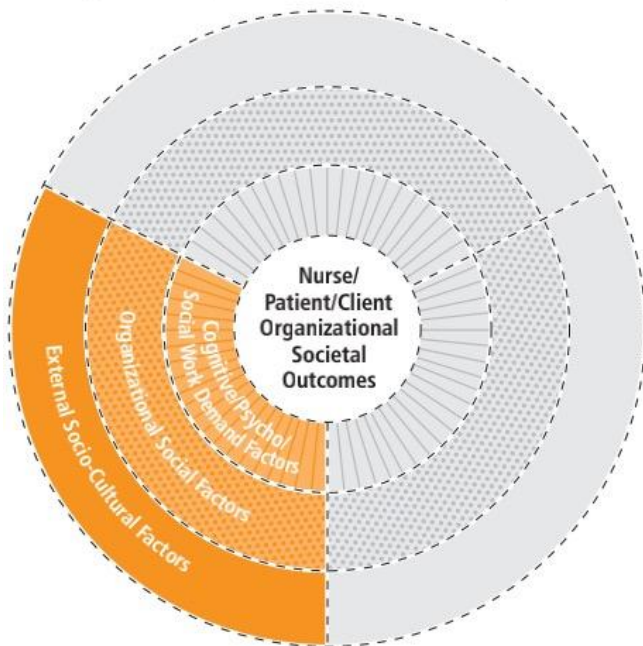


Figure 1B

## 专业/职业部分

- 在个人层面，个体护士因素包括护士的个人属性和 /或获得的技能和知识，这些决定了她/他如何应对工作中的身体、认知和心理-社会需求<sup>vii</sup>。这些因素包括对患者护理、组织和职业的承诺；个人价值观和道德；反思性实践；弹性、适应性和自信；以及家庭工作/生活的平衡。
- 在组织层面上，组织的专业/职业因素是专业/职业的性质和角色的特征。这些因素包括实践的范围、自主程度和对实践控制水平，以及学科内的关系。
- 在系统或外部层面，外部专业/职业因素包括省/地区、国家和国际级别的政策和条例，这些政策和条例影响卫生和社会政策以及跨学科和领域的角色社会化。

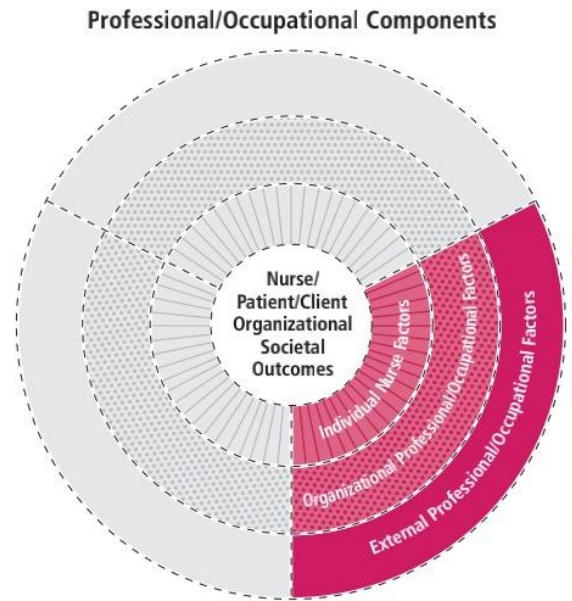


Figure 1C





# 营造并维持护理领导力指南的背景

护理领导力<sup>6</sup>是为患者提供护理的重要组成部分。它不仅塑造了职业，促进了指导和循证实践的政策，并帮助护士应对充满挑战的时代。自该指南于 2006 年首次发布以来，已经出现了更多的证据来支持其建议，并通过领导力与积极的患者结局联系起来 (Griffiths, Renz, Hughes, & Rafferty, 2009)。

有效的领导力在护理的各个方面都很重要——护士领导者是可以是培养未来领导者的教育者，指导新研究人员的研究者，为员工提供支持和指导的管理者，提供模范护理和分享专业知识的护士，或是为实践提供指导和支持政策制定者。护士提供领导力是未来临床护理的关键部分，致力于提供高质量患者护理的组织机构表示：领导者最重要的贡献是发培养护士的领导力来支持他们繁荣和成长 (Hendren, 2010, Kouzes & Posner, 2006)。对于护理专业应届毕业生来说，领导力包括学习如何委派和监督他人。对于更有经验的护士，领导力包括指导、监督、行政职责，如排班和值岗，以及委员会工作等专业活动 (Squires, 2004)。

在第二版的《发展并维持护理领导力》指南中发现，变革型领导力实践得到了重要的实证证据的支持，包括针对专职护士的领导力研究。最近一项省级研究中，变革型领导实践与临床护士的领导特质有关 (Patrick, Laschinger, Wong & Finegan, 2011)。护士在护理过程中所反映的领导实践包括使用他们的知识和临床专业知识来质疑现状，挑战过程和反思治疗。当护士有效地沟通患者的评估，表达与他们有关的评估结果，或向医疗保健团队的其他成员展示患者的观点时，他们就激发了患者护理的协作方式。当护士向患者及其家属澄清信息时，他们正在促进对其疾病的进一步了解，并确保患者知情且有权对他们的护理做出决定 (Patrick et al., 2011)。

尽管我们做了一些修改，但新版指南中的概念模型与在最初的版本仍然相关的，以反映当前与健康工作环境相关的证据（参见第 8 页关于概念模型的更详细解释）。最新证据表明，为了纳入卫生保健系统中的所有合作伙伴，建立关系和信任必须超越个人内部和跨学科的关系，如组织间的关系。已修订的另一部分内容是平衡相互竞争的价值观和优先事项，我们扩大了这些做法，以反映领导者管理卫生保健系统的复杂性和促进卫生系统转型的必要性。

支持领导能力表达的背景包括组织支持和个人资源。组织文化和氛围是领导行为的影响因素。根据现有文献，影响领导力实践的个人资源被扩大，以反映强调参与指导和指导活动。社会支持被更具体地描述为包括个人和专业支持。

# 目的和范围

本指南旨在帮助护士和其他在各种实践领域和环境中担任正式和非正式的护理领导角色的工作者，从护理点到董事会会议室，跨越各种实践领域和设置。它确定了护士基于证据的领导行为，护士可以单独和集体实施，以使患者、卫生保健团队、组织、系统和卫生保健政策以及相关的研究和教育受益。领导力实践有助于创建健康的工作环境，最终可以改善患者和客户的体验和结局。即使是可能不认为自己是领导者的临床护士，也可以在其非正式的领导角色中采用这些做法，并显著改善他们的工作环境，进而改善患者的结局。

## 目的：

本最佳实践指南是为护士在各种角色、实践领域制定的。它定义并描述了：

- 为患者/组织和系统带来健康结局的领导力实践；
- 支持有效领导力实践的系统资源；
- 支持有效领导力实践的组织文化、价值观和资源；
- 支持有效领导实践的个人资源；
- 和有效护理领导力的预期结果。

## 范围：

本指南涉及：

- 在正式和非正式护理领导角色中，有效领导者的知识、能力和行为；
- 正式和非正式护理领导者可使用的教育需求和策略；
- 在组织和系统层面的政策变化，以支持和维持领导力实践，包括临床护理领导力实践；
- 实施策略和工具；
- 评估指标和工具；
- 以及未来的研究机会。

### 目标人群：

本指南适用于护士：

- 所有角色，包括临床护士、管理者、教育者、研究者和政策制定者，以及护理专业的学生；
- 所有护理领域（临床实践、行政管理、教育、研究和政策）；
- 和以及所有实践环境。

### 本指南也有助于：

- 跨专业团队成员；
- 在单位、组织和系统层面的非护理行政人员；
- 政策制定者和政府；
- 专业组织、雇主和劳工团体；
- 和省和地区的标准制定机构。

*If your actions inspire others to dream more, learn more, do more and become more, you are a leader.*

~ John Quincy Adams

# 如何使用本文

**专业标准要求所有角色的护士**都要表现出领导能力<sup>6</sup>行为,担任临床实践角色的护士以及担任其他正式或非正式领导角色的护士与患者/客户、同事、医疗保健团队的其他成员、学生和导师/学员关系之间都有这些行为。该指南提供了一个全面的领导方法。它不是同时被阅读和应用,而是被审查并经过时间的反思,适合你自己、你的情境或你的组织。我们建议采用以下方法:

1. **参见附录 A, 实施策略; 工具包: 最佳实践指南的实施(第二版)**。

2. **研究领导模型:** 领导力最佳实践指南是建立在领导力概念模型上,该模型允许使用者理解护理领导力关键因素之间的关系。理解图 2 的模型 (p.16),对于有效地使用该指南是至关重要的。我们建议您第一步花时间阅读和反思该模型。

3. **确定一个重点领域:** 一旦你研究了模型,我们建议你为自己、你的情境或你的组织确定一个重点领域——一个你认为需要关注以加强领导有效性的领域。

4. **阅读你所关注领域的建议和研究摘要: 对于模型的每个主要元素,都提供了一些基于证据的建议。**这些建议是关于领导者在做什么,或者他们在领导情况下的表现。本文简要总结了支持这些建议的文献,我们相信您会发现阅读这篇摘要可以理解这些建议的“原因”。

5. **关注的建议或行为似乎最适合你和你的当前的情况:** 本文档中包含的建议不是为了应用规则,而是作为工具来帮助个人或组织做出决定,提高他们的护理领导,认识到每个组织独特的文化,氛围和情境的挑战。在某些情况下,有很多信息需要考虑。你将想要进一步探索并确定那些需要在你的情境下进行分析和/或加强的行为。

5. **制定一个初步计划:** 选择了少量的建议和行为,转向战略表并考虑所提出的建议。为你可能做的事情做一个初步的计划,开始解决你的重点领域。如果您需要更多的信息,您可能希望参考所引用的一些参考文献,或查看附录 B 中确定的一些评估工具。

注: 原版中也出现了两次“5”, 请注意此处是否需要修改

6. **与他人讨论计划:** 花点时间从那些可能影响或参与对成功至关重要的人那里列出你的计划,以及从值得信赖的顾问那里,他们会对你的想法的适当性提供诚实和有用的反馈。这是个人领导技能发展和发展组织领导计划的重要阶段。

7. **修改你的计划并开始:** 开始并做出调整是很重要的。发展有效的护理领导实践<sup>6</sup>是一个持续一生的探索; 享受这个旅程吧!

# 营造并维持领导力的概念模型

营造并维持领导力的概念模型组织和指导对建议的讨论。它提供了一个理解实现健康工作环境所需的领导实践的模型，以及能够实现有效领导实践的组织支持和个人资源。

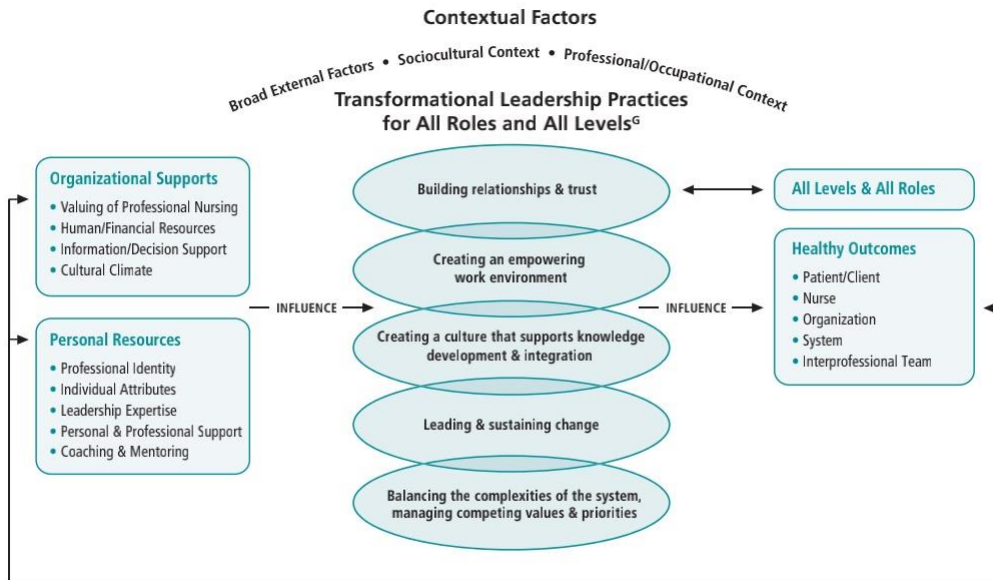


Figure 2. Conceptual Model for Developing and Sustaining Leadership

# 营造并维持领导力的概念模型概述

营造并维持领导力概念模型的核心(图 2) 包括五种基于证据的 *变革型领导实践*，这是将护士的工作环境转变为健康工作环境的基础。这些做法可以适用于所有的护理角色和领导水平，包括提供直接护理的护士。组织支持和个人资源，影响每个人有效进行领导实践的能力。这五种做法已被证明对患者/客户、护士和组织带来了积极的结果 (Bono, Foldes, Vinson, & Muros, 2007; Cummings, 2006; Cummings et al., 2010; Herold, Fedor, Caldwell, & Liu, 2008; Institute of Medicine of the National Academies [IOM], 2004; Stordeur, Vandenberghe & D'hoore, 2000; Tomey, 2009; Weberg, 2010; Wong & Cummings, 2007)。有了反馈，这些结果就更加强化了一种积极的职场文化。在护士工作环境中，诱发因素正是由于领导力实践、结局都受政策、社会-文化、专业和职业因素的影响，才会产生模型中各部位的相互作用。

## 变革型领导者的五种实践：

1. *建立关系和信任是一种重要的领导实践，是其他实践的基础。* 包括护士与护士、团队和内部、外部伙伴关系中形成的关系。
2. *营造一个授权的工作环境*取决于在工作环境中人们之间尊重、信任的关系。一个授权的工作环境可以获得信息、支持、资源、学习和成长的机会，在一个支持专业自主权和强大的支持网络的环境中。
3. *创建一种支持知识发展和整合的文化*包括促进新知识的产生和传播，并在实践中灌输一种持续探究的方法，其中知识被用来不断改进临床和组织过程和结果。
4. *引领和维持变革*包括积极和参与实施变革，从而改善临床和组织的过程和结果。
5. *平衡系统的复杂性，管理相互竞争的价值观和优先事项*，需要提供高质量护理所需的护理资源，同时认识到形成组织决策的多重需求和复杂问题，正确地使用证据时关键。

**组织支持**影响领导实践是否会成功，并产生强大的、可见的护理领导。它们包括：

- 重视护士在提供患者/服务对象护理方面的关键作用；
- 提供足够和适当的人力和财政资源；
- 提供必要的信息和决策支持；和
- 创造有利于有效、高效护理的文化和氛围。

Kotter (1996) 和Schein (2004) 将组织文化定义为组织成员广泛共享的根深蒂固的

信念、价值观和假设，它们有力地塑造了一个群体的身份和行为规范。要改变一个组织，员工必须组成团队或微系统，利用专业化来提供组织服务。每个组织都有其独特的文化，它结合了其创始人、历史、成功、危机和当前领导层的影响。组织也有日常生活和仪式，比如“我们做事的方式” (Kotter, 1996, p. 14)，并塑造了个体行为。当组织过渡到应对变化时，他们需要团队来改变思维方式。“组织文化之于组织，如同思维之于个人” (Anderson & Ackerman Anderson, 2001, p. 98)

组织文化是护理领导力和行为得以实施、制定和评估（或不启用）的背景。文化之所以重要，因为没有文化背景的领导不可能给我们的医疗保健体系带来急需的变革。

**个人资源**是个人为其领导角色提供的影响其成功的属性和资源，包括：

- 专业身份；
- 健康和弹性；
- 领导力专业知识、教育和经验；
- 培训和指导以支持持续的领导力发展；
- 和个人和专业支持。

发展和维持领导力的概念模型是基于文献，重点关注领导行为如何为患者/服务对象、护士、团队、组织和系统带来一个健康的工作环境和健康的结果。然而，自本指南的第一版以来，已经发布了另一个领导框架。由加拿大卫生领袖学院开发的关爱环境领导力框架LEADS (Dickson, 2008)，是基于关于管理复杂问题和创造变革以改变卫生保健系统所需能力的文献 (详见第116页)。它已被加拿大的几个卫生保健组织所采用。我们将LEADS框架与我们的模型进行了比较 (参见附录C)，发现领导力和相关能力的大多数维度都存在。在我们的模型中，只有三个能力没有得到解决：建立团队、伙伴关系和合作以实现结果，以及对系统转换的批判性思维。我们已经在这个版本中将它们添加到我们的模型中 (见第121页)。

#### **有效的护理领导力：**

- 是为护士实现健康工作环境的重要组成部分
- 影响和促进健康的组织和社区
- 受到组织文化、价值观和支持资源的影响
- 是由每个人的个人资源和独特性所塑造的
- 受到政策、社会文化和专业/职业背景的影响





## 临床实践护理领导力

我们认为，护理护士的领导潜力是一种未开发的资源，对有效的护理实践至关重要，值得开展更多的调查。30年来，研究人员主要关注正式管理职位中护士的行为、特征和结果。但Doran等人（2012）认为，我们将领导力看作是一种具有特定能力的学习行为，而不是一种正式的角色或人格特征，这是至关重要的。尽管多年来有许多出版物呼吁在整个组织中分发护理领导，但很少有研究非管理人员，即临床护士的领导行为和相关结果。（CNA，2012；IOM，2004，2010；Porter-O'Grady，2002，2011）

在安大略省政府的资助下，来自多伦多大学护理健康科学研究单位的研究人员编写了一份报告，确定了在临床中发展卫生专业人员领导能力的主要实践和项目。该研究小组回顾了来自世界各地关于发展卫生专业人员领导力的文献，以确定项目和实践、护理人员的领导能力，并观察了临床护士领导力对健康工作环境和患者护理质量的影响。该团队还与关键人员进行了交谈。该报告将临床护士描述为“改善护理质量的宝贵专业知识来源和未开发的领导潜力的巨大来源”（Doran et al.，2012）。

基于收集的证据，作者得出结论，随着医疗保健系统和组织变得更加复杂，资源变得更加有限，发展各级护理领导力至关重要。然而，研究人员表示，虽然临床护士确实存在发展领导力的机会，但并不是所有人都是平等的（Doran et al.，2012）。此外，关于哪些临床护士的领导力发展方案，也缺乏最有效的证据或系统评价，并且对于他们的基本能力也没有明确规定（Cammings et al.，2008）。迄今为止，在护理专业人员的领导力项目中强调的领导技能类型包括有效的沟通、项目实施、变更管理、专业间协作、研究分析和改进护理流程（Doran et al.，2012）。领导力发展项目也应该关注导师关系，以建立信心和赋予他人权力。

临床实践护理领导力计划可以通过提高工作满意度和留职率对临床实践和工作环境产生积极影响，但长期的持续影响尚未得到评估（Abraham，2011；Krugman & Smith，2003；Morgan & Konrad 2008）。2011年，一项使用Kouzes和Posners模型的变革型领导力研究中，检验了一种新开发的用于衡量护士临床领导力的心理测量工具。

来自安大略省480名急诊护士的研究结果为新的护士临床领导力测量工具的结构效度提供了初步证据（Patrick，Laschinger，Wong，& Finegan，2011）。研究者发现，在为患者提供直接护理的同时，护士需要授权的工作环境来显示临床领导行为。Carter等（2010）认为，结构需要考虑，这将始终使高级实践护士在提供临床领导的同时提供直接护理。

临床实践护理领导力通常是为了改善患者的护理。Doran等（2012）报告了几个开发、实施和评估的领导力项目对工作满意度、员工满意度和留职率的影响。他们发现，工作满意度和留职率最初有所提高，但随着时间的推移，结果并不乐观，这表明有必要解决领导力项目的可持续问题。《确保患者安全：改变护士的工作环境》（IOM，2004），认为护士对于实现以患者为中心护理的连续性以及确保卫生保健团队成员之间的有效沟通至关重要。Manojlovich和Talsma（2007）认为，患者的安全取决于护士表现

出的领导力行为，能够与其他卫生保健团队成员进行有效的沟通和协作，以确保及时获得护理所需的资源。Patrick 等(2011) 认为，临床领导力是一个嵌入在护士的专业实践行为中的过程。

Cook (2001) 认为，临床护理人员是改善护理质量最重要的领导者，并建议护士通过其变革型领导力行为影响他人来改善护理。衡量临床实践护理领导力、护士领导的质量改进和其他旨在改善患者护理水平的影响的项目需要进一步的研究。仅仅通过临床医生的领导措施很难衡量患者结局。Doran 和同事 (2012) 指出，针对患者预后的评估策略应该成为临床护士设计领导力项目的一部分，并呼吁在实施前后和长期收集评估数据。Doran 和她的团队还建议评估领导力项目的成本效益，并随着时间的推移向利益相关者沟通评估结果。请参阅“*在临床护理实践中培养卫生专业人员领导力的领先实践和项目*” (Doran et al., 2012) ，以详细回顾有关临床护理领导力实践的证据。我们使用了 Doran 报告中推荐的一些实践作为本指南中的示例。

## 总结推荐建议

### 领导力实践层面推荐建议

- 1.0 护理领导者通过变革型领导力实践，以营造并维持健康工作环境。
- 1.1 护理领导者要建立团队间信任关系。
- 1.2 护理领导者要为护士营造一种授权的工作环境。
- 1.3 护理领导者要营造支持知识整合的环境。
- 1.4 护理领导者要引导、支持和维持变革。
- 1.5 护理领导者要平衡系统的复杂性，确定并管理相互竞争的价值观及优先事项。

### 个人能力层面推荐建议

- 2.0 护理领导者要为实现有效的领导而不断发展自己的个人能力。
- 2.1 护理领导者要展示护理的专业性。（与 2.5 重复，请注意此处）
- 2.2 护理领导者应时常反思，并对个人领导力的成长和发展负责。（与 2.6 重复，请注意此处）
- 2.3 护理领导者在培养他人领导力过程中，扮演教练和导师的角色，并进一步发展他们的专业技能。
- 2.4 护理领导者要提供专业化和个人的社会支持。
- 2.5 护理领导者要展示护理的专业性。（与 2.1 重复，请注意此处）
- 2.6 护理领导者应时常反思，并对个人领导力的成长和发展负责。（与 2.2 重复，请注意此处）

## 教育层面推荐建议

3.0 教育项目应为护士提供领导力发展机会。

3.1 护理领导力项目，应结合循证模型和理论。

3.2 领导力项目应通过本科、研究生和继续教育等形式，提供领导力实践机会。

## 组织和政策层面推荐建议

4.0 健康服务机构为有效的护理领导力提供支持。

4.1 健康服务机构尊重护士的专业性及其为护理做出的贡献。

4.2 健康服务机构尊重护理团队中的每一名护士。

4.3 健康服务机构不仅为正式护士长而且为普通护士的成长、晋升和领导力发展提供机会。

4.4 健康服务机构创造一种赋权文化，使护士能为其专业的临床实践负责。

4.5 健康服务机构及时地为护士提供所必需的信息、决策支持和资源。

4.6 健康服务机构促进并支持团队发展合作关系。

4.7 健康服务机构为领导者协助并促进变革提供支持支持。

4.8 健康服务机构明确管理者的管理范围，以确保有效的护理领导力。

4.9 健康服务机构应在培训和继任计划上给予投资，来培养未来的领导者。

## 系统层面建议

**5.0** 政府制定政策并提供资源以支持有效的领导力。

**5.1** 各省和地区的政府应任命一位高级护士领导作为政策顾问。

**5.2** 各省和地区的政府为护士领导之间建立联系。

**5.3** 各省和地区的政府都应建立护理咨询委员会。

**5.4** 各省和地区的政府都应建立、资助和维持护理领导力发展的项目。

**5.5** 各省和地区的政府都应建立、资助和维持护理领导力的研究项目。

**6.0** 研究者应与政府以及教育和卫生服务组织合作，开展护理领导力研究。

**6.1** 研究者应开展领导力对护士，患者/服务对象，组织和系统的影响等相关研究。

**6.2** 研究者基于营造并维持护理领导力的概念模型开发、实施领导力干预项目，并评估其有效性。

**6.3** 研究者针对护士领导角色进行卫生人力资源规划研究。

**6.4** 研究者应开展护理领导力教育和发展的相关研究。

**7.0** 健康服务组织和教育认证机构，应将本指南中对组织和系统的推荐建议，纳入其标准中。

## 证据来源

我们对领导文献的证据搜索来源于 meta 分析、系统综述<sup>6</sup>的文献、描述性相关性研究<sup>6</sup>、质性研究<sup>6</sup>和专家共识，但很少有基于干预的对照研究，这与在组织中进行对照研究的挑战是一致的 (Cummings, 2006; Cummings et al., 2008; Patrick & White, 2005)。虽然该指南是为所有环境和所有角色的护士编写的，但我们发现的大多数研究都是在城市医院进行的，且现阶段很少涉及领导力。在其他环境（如社区和长期照护机构）中进行的研究，在可行和适当的情况下也可纳入指南，但还需要在这些环境中进行进一步的研究。

**制定最初的最佳实践指南：**澳大利亚的 The Joanna Briggs Institute (JBI) 对截至 2003 年 12 月为止的领导力文献进行了系统的回顾。JBI 遵循了七个步骤，从广泛的搜索词开始，然后制定一个协议，审查小组主席对审查的进一步搜索词进行了验证，检索过程被认为与审查相关，并根据标题和摘要检索文章并评估其相关性。将符合纳入标准的患者按类型进行分组 (eg. 定性、实验)，并由两个独立的审稿人评估方法质量，使用根据研究类型选择的关键评估工具。所使用的工具是对信息的统一管理、评估和审查系统的一部分——设计用于管理、评估、分析和综合数据的软件。(更多细节和审查的总体结果请参见附录 D)。

该小组对 2004 年 1 月至 2005 年 7 月的领导力文献进行了批判性审查，使用了与 JBI 审查相同的搜索词和数据库。一位硕士学位护士通过检索确定的标题和摘要评估研究的相关性，这些选择由小组主席验证，检索并进一步评估相关性。相关性是基于是否涉及护理或类似群体的知识工作者或相互依赖的团队，还是基于关系的领导力风格的研究。被认为相关的研究由硕士准备的护士根据方法、工具、样本、分析、结论是否与结果一致以及研究的清晰度进行质量评估。专家组对将这些研究纳入或排除在指南之外的摘要、发现和建议进行了验证。小组审查了小组成员确定的其他文献的相关性和质量。

## 修订流程：

安大略省注册护士协会承诺该实践指南将基于最好的证据。为了满足这一承诺，对每个准则都建立了一个监测和修订程序。负责审查该指南的护士小组由最初成员以及来自不同学术和实践环境中具有特殊专业知识领导力的其他个体组成。

## 文献综述

文献回顾包括以下问题：

- 什么样的领导力才能在医疗保健领域创造高质量的工作环境？
- 工作环境对医疗保健环境中产生积极成果的影响是什么？例如，哪些结构和过程支持和有助于发展和维持有效的护理领导力？（结构和流程是指但不限于组织文化和护理价值、财务和人力资源支持、控制范围、高级护士领导的存在/缺失以及沟通和报告结构）。随后，一名信息专家（图书馆学）检索了电子数据库，他根据需要就改进检索词提供了进一步的咨询意见。

## 数据库

Medline、CINAHL、Embase、PsychInfo 和 Cochrane 等。

## 检索术语

- Authentic leadership
- Autonomy and leadership
- Clinic leadership
- Continuity and tenure of leadership
- Emotional intelligence
- Empowerment
- Followership
- Leadership
- Leadership development
- Leadership and practice environment
- Leadership styles
- Leadership traits
- Organizational changes
- Organizational culture
- Organizational structure and leadership

- Patient/client outcomes and leadership
- Patient/client satisfaction and leadership
- Power and leadership
- Span of control
- Transformational leadership
- Trust, commitment and leadership
- Health care

纳入标准：2005 年 1 月至 2011 年 12 月期间发表的采用定性和定量设计的研究性出版物，包括系统综述、meta 分析和 meta 整合。

排除标准：论文和学位论文、灰色文献、非研究性出版物和非英文材料。

### 检索结果

共检索出了 1310 篇摘要，删除重复内容后，由硕士学位研究助理通过纳入或排除标准筛选摘要。通过对研究的资格、相关性和质量进行，该筛查共产生 431 项研究。根据审查小组的意见，选定了 51 篇全文文章，并将其纳入指南的更新中。小组成员的个人档案材料（包括截至 2012 年 6 月发表的文章）也使用相同的选择标准。

除了用于识别相关证据的系统过程外，我们还在 2012 年夏天完成了二次检索，以响应安大略省高级领导的要求，获得关于现阶段领导力的进一步数据。资源的限制阻碍了一个完整的系统的过程来识别该文献。使用检索词“临床护理领导力”共检索出了 30 篇摘要，其中 10 篇符合纳入标准，并被纳入本指南使用。

### 审查结果

自 2006 年 6 月以来发表的文献综述不支持对推荐意见的重大修改，尽管需要对概念模型和一些建议进行一些改进，并包括了更多证实可持续建议的证据。

### 证据分级

制定最佳实践指南的当前实践包括确定支持证据的强度 (Moynihan, 2004)。流行的证据分级系统将随机对照试验的系统评价作为金标准 (Pearson et al, 2004)。其他作者认为，随机对照试验在某些情况下而非所有情况下都是很好的实验设计，不一定优越 (Cartwright, 2007; Grossman & MacKenzie, 2005)。随机试验的方法并不适合于所有的研究，特别是当受试者不能被随机化或变量已经存在的情况下或难以分离时。在行为和组织研究中尤其如此，不断变化的结构和过程使受控研究难以设计。此外，保健专业人员关心的不仅仅是因果关系，并认识到可以产生广泛的实践知识。我们使用 Cochrane 协作组织中使用的“传统水平”的证据的改编版 (CCNET, 2006) 和苏格兰校际指南网络指南 (SIGN, 2005)，对本指南中的证据进行了评级。这一调整的一部分包括使用术语“证据类型”而不是“级别”，以符合本指南的全面性质和主题。





证据评级系统表 1

证据类型	证据类型
A	对照研究，meta 分析
A1	系统综述
B	描述性相关性研究
C	质性研究
D	专家共识
D1	综合评价
D2	评论

指南中的所有建议都得到了对证据的讨论和建议的能力列表的支持。每个能力都列出了一个导致演示该能力的行为的示例。所有相关的核心能力和样本行为都是从A级到D级的证据中提取的，其中大多数是C和D。

## 领导力实践层面推荐建议

### 1.0 护理领导者通过变革型领导力实践，以营造并维持健康工作环境。

#### 变革型和关系型领导力会促进：

- 提高护士的工作满意度 (Altieri, 1995; Boumans & Landeweerd, 1993; Chiok Foong Loke, 2001; Cummings, Hayduk & Estabrooks, 2005; Cummings et al., 2010; Long, 2004; McCutcheon, 2004; McGilton, McGillis Hall, Pringle, O' Brien-Pallas&Krejci, 2004; McDaniel & Wolf, 1992; Medley & Larochelle, 1995; McNeese-Smith, 1997; Morrison, Jones & Fuller, 1997; Peck, 1988; Weberg, 2010)
- 提高对领导者的满意度 (Boumans & Landeweerd, 1993; Cummings et al., 2005; Cummings et al., 2010; Long, 2004)
- 提高护士的生活质量 (Robertson, 1991)
- 增加护士的授权 (Cummings et al., 2010; Morrison et al., 1997; Laschinger, Wong, McMahon & Kaufmann, 1999; Gullo & Gerstle, 2004)
- 减少缺勤 (Cummings et al., 2010; Kouzes & Posner, 1995)
- 增加组织承诺 (Avolio, Zhu, Koh, & Bhatia, 2004; Chiok Foong Loke, 2001; Cummings et al., 2010; Leach, 2005; McNeese-Smith, 1997; Kouzes & Posner, 1995)
- 减少护士的离职率 (Kouzes & Posner, 1995; McCutcheon, 2004; Taunton, Boyle, Woods, Hansen & Bott, 1997; Volk & Lucas, 1991; Wong & Cummings, 2007)
- 提高感知单位效能 (Altieri, 1995; Cummings et al., 2010; Peck, 1988; Volk & Lucas, 1991)
- 提高领导多样化劳动力的能力 (Volk & Lucas, 1991)
- 提升员工的情绪健康，减少员工的倦怠 (Broome, Knight, Edwards, & Flynn, 2009; Corrigan, Lickey, Campion & Rashid, 2000; Cummings et al., 2005; Cummings et al., 2010)
- 提高患者的生活质量 (Corrigan et al, 2000 年)
- 增加患者的满意度 (Corrigan et al, 2000 年)

- 改善患者预后（如减少约束的使用、减少骨折的发生、减低并发症发生率、降低失能、死亡率和患者的不良预后（Anderson, Issel & McDaniel, 2003; Wong & Cummings et al., 2007）

## 证据分析

伯恩斯(1978) 是第一个描述关系型领导力的人，现在通常被称为变革型领导力。Pielstick (1998) 完成了一份关于“变革型领导力”的文献的荟萃分析，涵盖了该概念发表后 20 年的研究。他将已发表的作品分为五个领域：**沟通**(倾听、设定期望)、**建立互动关系**(表现尊重、友好和支持、参与决策、管理冲突)、**社区**(通过基于尊严、诚实、公平价值观的关系建立归属感文化)和**指导**(提供学习机会、榜样、指导、参与道德推理、战略规划和团队建设)，所有这些都是基于坚实的性格基础（以原则为中心，展示公平、正直、尊重、激情和乐于学习），以实现共同愿景。Levasseur (2004) 对关于变革型领导力的主要研究进行了 Meta 分析，包括 7 项实验研究和 27 项相关研究。它证实了变革型领导力与提高员工满意度和绩效之间的正相关关系。来自领导者的变革型领导力越来越被视为为临床实践创造了一个积极的环境，影响了工作人员和患者的结局(Cummings et al., 2010)。

Kemerer (2003) 观察到，医疗保健领域的领导者在超出他们职业范畴时如何表现——也就是说，他们在与他人互动时所说和做的来实现结果——是最重要的。护士（包括员工和正式领导）更喜欢以关系为中心的领导风格和行为（Cummings, et al., 2005; Fox, Fox & Wells, 1999; Pederson, 1993; Upenieks, 2003a; Ward, 2002）。一项在安大略省长期照护机构进行的研究发现，在注册护士和注册执业护士的监督下，当未获得执照的护理人员得到上级的支持时，他们的工作满意度更高，而工作压力更小（McGillis Hall et al, 2005）。在一家城市医院里，Marville - Williams (2007) 试图寻求是什么为团队创造了以病人为中心提供护理的理想环境。包括护士和其他卫生专业人员在内的参与者表示，最重要的管理支持是对出色工作的口头认可。

变革型领导力是磁性医院最常见的管理类型（Ward, 2002）。在一篇关于变革型领导力的文献综述中，Gasper (1992) 发现，变革型领导力会产生更高水平的组织效率，并影响其他人采取类似的行为。该研究还发现，与变革型领导者一起工作的人有更大的归属感和更多的智力激发，认为他们的领导更平易近人，并觉得他们的互动质量更高。相比之下，交易型领导者更专注于完成任务，而不是建立关系，并通过奖励和惩罚来确保绩效（Cummings et al., 2010）。

变革型的领导风格与护士的积极结果有关（Pearson et al., 2004）。虽然很少有研究调查护理领导力对病人和病人结局的作用（Patrick & White, 2005），但越来越多的证据将护理满意度和护理专业实践与改善护理质量联系起来（Scott, Sochalski & Aiken, 1999）。

通过文献回顾，我们确定了五种变革型领导力，它们可以为护士、患者、组织和系

统带来健康的结果:

- 建立关系和信任;
- 创造了一个授权的工作环境;
- 创建一个支持知识发展和整合的环境;
- 领导和维持变革
- 平衡系统的复杂性, 管理相互竞争的价值和优先级。

我们已经将这些领导力实践与文献综述中确定的特定行为联系起来。本文讨论了正式和非正式领导角色的领导力实践, 以及与核心能力相关的证据。

*It is important for all leaders to model values through action, open communication, being visible and using participative decision making.*

~ Baird & St-Amand (1995)

## 领导力实践建议 1：建立关系和信任

### 1.1 护理领导者要建立团队间信任关系。

#### 信任领导者，并与他们建立积极的关系，会促进：

- 提高护士工作满意度 (Broome et al., 2009; Laschinger, 2004)
- 减少情绪衰竭 (Cummings, 2004; Laschinger, 2004)
- 减少职业倦怠 (Broome et al., 2009)
- 提高人们对护理质量和人员配备充足性的看法 (Laschinger, 2004)
- 增加组织承诺 (Dirks & Ferrin, 2002; Hood & Smith, 1994; Laschinger, 2004; Leach, 2005)
- 提高工作绩效 (Cummings, 2004) ; 积极主动工作的意愿 (Kouzes & Posner, 1995)
- 减少缺勤 (Leach, 2005)
- 降低离职意向 (Dirks & Ferrin, 2002; Laschinger, 2004; Hanna, 1999; Mayer, Davis & Shoorman, 1995 年)
- 提高绩效 (Mayer et al., 1995)
- 增强领导多元化劳动力的能力 (Harvard Business Review, 2001)
- 提高了对领导者可信度的认识 (Leach, 2005)

*Trust is the highest form of human motivation. It brings out the very best in people.*

~ Stephen Covey (1990)

#### 证据分析

建立信任是成功领导的必要条件，这一信念已经盛行了至少 40 年 (Dirks & Ferrin, 2002)。信任、公平和尊重是形成健康组织的关键价值观 (Lowe, 2004)。信任与变革型领导力风格高度相关 (Dirks & Ferrin, 2002)。尊重他人和公平经常被认为是变革型领导者的特征 (Fox et al., 1999)，并与信任有关 (Mishra & Spreitzer, 1998)。在 Marville-Willaims (2007) 的一项研究中，工作人员认为需要管理支持是一种尊重的表现。Broome 及其同事报告说，领导者行为在塑造工作反应模式中发挥了作用，而管理者的领导力降低工作倦怠的关键因素 (Broome et al, 2009)。当护士感到受到尊重时，会有更高的工作满意度、对管理者的信任、较低的情绪疲惫和更高的护理质量和人员配备充足率 (Laschinger, 2004; Cummings et al., 2010)。

至少两项研究表明，创造性的工作环境和更好的工作满意度之间的密切相关 (Sellgren, Kajermo, Ekvall, & Tomson, 2009; Sellgren, Ekvall & Tomson, 2008)。在有信任关系的工作环境中，管理者的行为与工作满意度相关，表现同理心的领导风格与工作满意度同样相关 (Skinner & Spurgeon, 2005)。因此，同理心很可能在信任关系建立时才能传达和接受。

Shea (2001) 说，医疗的状态就像永久的白水状态，在处于高度模糊性、不确定性和复杂性的时期，信任和关系是必要的。组织变革会影响工作关系，这对工作至关重要。信任是良好的人际关系的支撑 (Laschinger, 2004; Nespoli, 1991)。建立对领导者的信任与他们的正直、可感知的影响力、技能以及他们对他人的关心程度有关 (Pielstick, 1998)，包括帮助他人对个人和专业成长的意愿 (Nespoli, 1991)。

护士强烈认同自己的职业和对领导者的信任往往反映出领导者对护理价值观的承诺程度 (Bunderson, 2001)。Rousseau 和 Tijorwala (1999) 发现，护士不太支持他们认为是由经济或政治原因驱动，而不是改善患者护理的需要的组织变革。当护士们信任领导者时，他们更能接受变革。

有证据表明，不仅领导者的个人行为很重要，组织的文化、氛围和价值观也很重要 (Laschinger, 2004)。1995 年，对 9 个加拿大基准数据的研究发现，建立信任并不是一个简单或快速的过程，而是来自于以客户为中心、以质量为驱动和尊重同事。在这些组织中，那些通过行动树立其价值观并表现出公开的沟通和可参与性决策制定的领导人，更容易创造信任的气氛，特别是在出现冲突时。可及性和领导者是否容易接触到也很重要 (Baird&St-Amand, 1995)。

可及性仍然被视为领导者的重要因素。沟通（包括赞赏和认可，通过尊重和同理心来实现），可以优化护理领导力的可及性 (Anderson & Mano, 2011)。

信任是如何丧失的	如何修复失去的信任
<ul style="list-style-type: none"><li>■ 言行不一致</li><li>■ 寻求个人利益，而不是共同利益</li><li>■ 对信息有所保留</li><li>■ 撒谎或说话半真半假</li><li>■ 心胸狭隘</li></ul> <p>~ Lewicki &amp; Bunker (1996)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 承认信任已经被破坏了</li><li>■ 确定它是关于什么的和原因</li><li>■ 承认它发生了</li><li>■ 承担责任</li><li>■ 提出要进行补偿</li></ul> <p>~Bowman (2004)</p>

*The leaders who work most effectively, it seems to me, never say "I." And that's not because they have trained themselves not to say "I." They don't think "I." They think "we;" they think "team." They understand their job to be to make the team function. They accept responsibility and don't sidestep it, but "we" gets the credit... This is what creates trust, what enables you to get the task done.*

~ Drucker (1990)



核心胜任力	示例行为	临床护理领导力的相关性
<p>1.1. 护理管理者展现和示范诚信和公平 (Bowman, 2004; Bunderson, 2001; Covey, 1990; Drucker, 1990; Gasper, 1992; Hanna, 1999; Harvard Business Review, 2001; King, 2000; Leach, 2005; L'vasseur, 2004; Lewicki &amp; Bunker, 1996; Mayer &amp; Gavin, 1999; Mayer et al., 1995; Mishra &amp; Spreitzer, 1998; Nespoli, 1991; Perra, 2000; Rousseau &amp; Tijorwala, 1999; Shea, 2001; Storr, 2004; Upenieks, 2002a, 2003a; Wieck, Prydun &amp; Walsh, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 反思自己的价值观和目标;并进行公开分享 (Gillespie &amp; Mann, 2004; Hanna, 1999; King, 2000; L'vasseur, 2004; Severinsson &amp; Hallbeerg, 1996; Six, 2004; Walston &amp; Kimberly, 1997)</li> <li>■ 制定了明确的高标准 (Baird, 1995; Leach, 2005; L'vasseur, 2004; Nespoli, 1991; Parsons &amp; Stonestreet, 2002)</li> <li>■ 承担责任并公开承认错误 (Six, 2004; White, 2000)</li> <li>■ 遵守承诺 (McGilton et al., 2004; Nespoli, 1991; Skarlicki &amp; Dirks, 2002; Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 始终表现出道德行为 (Lowe, 2004; Mayer et al., 1995; Rousseau &amp; Tijorwala, 1999; King, 2000; Perra, 2000)</li> <li>■ 收集资料并查看问题的各个方面 (Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 使政策和实践明确和透明,并持续地应用它们 (Skarlicki &amp; Dirks, 2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 反思自己的价值观和目标;并公开分享 (Gillespie &amp; Mann, 2004; Hanna, 1999; L'vasseur, 2004; King, 2000; Severinsson &amp; Hallbeerg, 1996; Six, 2004; Walston &amp; Kimberly, 1997)</li> </ul>

核心胜任力	示例行为	临床护理领导力的相关性
<p>1.1.2 护理管理者展现出对他人的关心、尊重和个人关怀 (Bauman et al., 2001; Burns, 1978; Dirks &amp; Ferrin, 2002; Ferguson-Pare, 1998; Gasper, 1992; King, 2000; Lowe, 2004; Mayer &amp; Gavin, 1999; Severinsson, 1996; Skarlicki &amp; Dirks, 2002; Skinner &amp; Spurgeon, 2005; Upenieks, 2003a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 寻求并承认多种视角和观点 (Antrobus &amp; Kitson, 1999; Gillespie &amp; Mann, 2004; Nespoli, 1991; Perra, 2000; Severinsson &amp; Hallbeerg, 1996; Skarlicki &amp; Dirks, 2002)</li> <li>■ 不带有判断或批评的聆听 (Severinsson, 1996)</li> <li>■ 寻求了解什么对他人很重要, 并做出适当的回应 (Nespoli, 1991; Lowe, 2004; Severinsson &amp; Hallbeerg, 1996)</li> <li>■ 公开和诚实地分享系统的情况、不同观点和现存问题 (McGilton et al., 2004; Ray, Turkel &amp; Marino, 2002; Ward, 2002; White, 2000)</li> <li>■ 承认他人的价值, 庆祝他们的成功 (Englebart, 1993; King, 2000; Leach, 2005; Skarlicki &amp; Dirks, 2002; Tucker Scott, 2004; Upenieks, 2003a; White, 2000)</li> <li>■ 尊重和树立工作-生活平衡的榜样 (Fletcher, 2001; Upenieks, 2003a; Parsons &amp; Stonestreet, 2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 确保患者和家属的需求得到评估以及有效的沟通和协调 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 是患者、家属和其他护理提供者的倡导者 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
<p>1.1.3 护理管理者创建了存在感和可及性 (Bousfield, 1997; Ferguson-Paré, 1998; Fletcher, 2001; Severinsson &amp; Hallbeerg, 1996; Tucker Scott, 2004; Upenieks, 2003a; Ward 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 经常进行沟通和进行私人联系 (Bunderson, 2001; Gillert &amp; Chuzischvili, 2004; Skinner &amp; Spurgeon, 2005)</li> <li>■ 保持对他人的可见性和可及性 (Baird &amp; St-Amand, 1995; Ray et al., 2002; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Severinsson &amp; Hallbeerg 1996)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 定期与患者进行互动, 以监测、评估和优先考虑患者的需求 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 提供基于循证的出院教育, 以改善临床结果和减少再入院率 (Ott et al., 2009)</li> </ul>



核心胜任力	示例行为	临床护理领导力的相关性
1.1.4 护理管理者的有效沟通	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 清晰、公开、诚实、频繁地进行沟通 (Cadman &amp; Brewer, 2001; Ferguson-Paré, 1998; Ingersoll, Fisher, Ross, Soja &amp; Kidd, 2001; McGilton et al., 2004)</li> <li>■ 互动倾听并展示对他人意见的理解 (Antrobus &amp; Kitson 1999; Gillert &amp; Chuzischvili, 2004; Nespoli, 1991; Perra, 2000; Severinsson &amp; Hallbeerg, 1996; Tucker Scott, 2004; Ward, 2002)</li> <li>■ 在跨文化交流中发展和使用技能 (Grinspun, 2000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 根据临床评估沟通患者的调查结果 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 与患者、家属和跨专业团队进行沟通, 以确定患者医疗诊断以外的需求和变化 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 开发并使用针对团队的沟通技巧, 将患者安全护理所需的护理技能横向整合 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
1.1.5 护理管理者有效的管理冲突 (Bunderson, 2001; Drucker, 1990; Dunham-Taylor, 1995; Fox et al., 1999; Walston & Kimberly 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 理解冲突的建设性和破坏性影响</li> <li>■ 承认并解决冲突; 发展和使用一系列的冲突解决技能 (Lambert &amp; Nugent, 1999)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用基于循证实践和组织资源来解决冲突 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 提倡为患者和其他护理点提供者使用冲突解决技能 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
1.5.6 护理管理者建立和促进合作关系和团队合作 (CNO, 2002; Disch, Walton & Barnsteiner, 2001; Englebar, 1993; King, 2000; Kouzes & Posner, 1995; Lambert & Nugent, 1999; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Storr 2004; Ward, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 寻求并认可广泛的意见 ((Bunderson, 2001; Cadman &amp; Brewer, 2001; Englebart, 1993)</li> <li>■ 认识到他人利益的合法性, 并讨论利益如何共存 (Gelinas &amp; Manthey, 1997; Skarlicki &amp; Dirks, 2002; Six, 2004)</li> <li>■ 探索不确定性和恐惧 (Porter &amp; Grady, 1992)</li> <li>■ 建立共识</li> <li>■ 给予和接受帮助</li> <li>■ 评估共同工作的有效性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 作为护理领导者参与跨专业团队的合作 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 倡导与跨专业团队一起管理患者 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 在护理和跨专业团队合作 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>



核心胜任力	示例行为	临床护理领导力的相关性
<p>1.1.7 护理管理者展示对护理专业价值观、知识和成就的热情和尊重 (Clifford, 1998; Ferguson-Paré, 1998; Ferguson-Paré, Mitchell, Perkin &amp; Stevenson, 2002; Gillespie &amp; Mann, 2004; Nespoli, 1991; Ray et al., 2002; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Thompson &amp; Bunderson, 2003; Tucker Scott 2004; Upenieks, 2003a; Ward, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 表现出对关怀、公正、诚实、尊重和正直的坚定承诺 (White, 2000)</li> <li>■ 提倡把患者放在首位的优质护理和优质护理实践环境 (Clifford, 1998; CNO, 2002; Ferguson-Paré et al., 2002; Hanna, 1999; Storch, Rodney, Pauly, Brown, &amp; Starzomski, 2002; Upenieks 2003a; Ward, 2002; Storch et al., 2002; White, 2000 ;)</li> <li>■ 承认并促进护士对患者、组织和社区的贡献 (Antrobus &amp; Kitson, 1999; Clifford, 1998; Nespoli, 1991; Storch et al., 2002; Upenieks, 2003; Ward, 2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 根据护理专业的执业范围承担对特定患者的责任 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 了解护士对患者的影响, 并以专业的非等级方式提供护理 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 积极参与专业活动, 以提高技能和获取新知识 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
<p>1.1.8 护理管理者展示角色完成度 (Boyle, Bott, Hansen, Woods &amp; Taunton, 1999; Gillespie &amp; Mann, 2004; Mayer et al., 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 保持和应用现有的护理科学、领导力和其他相关知识 (Bousfield, 1997; Severinsson, 1996)</li> <li>■ 解决人们关注的和问题 (Adams, 1994; CNO, 2002; Fletcher, 2001; Levasseur, 2004; Nespoi, 1991; Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 积极参与决策</li> <li>■ 对行动和结果负责</li> <li>■ 沟通成功经验以创造信心 (McGillis et al., 2005; Skarlicki &amp; Dirks, 2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 在评估、实施和评估护理时, 在护理点应用循证实践 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>



## 信任关系的建立策略

### 个人策略

- 采用一个“敞开的门”的政策；告诉大家什么时候可以找到你
- 通过在单位中多花时间以及在所管理区域“走来走去”来实现管理（Fletcher, 2001; McGilton et al., 2004; Peters & Waterman, 1982; Ray et al., 2002; Upenieks, 2002b）
- 参加会议和开放论坛，听取员工生活中发生的事情、问题和关注，以促进人际关系和提供支持（Kofman, 1994）
- 通过确定和明确员工对其领导的期望，向员工提供沟通和支持（Kramer, Schmalenberg & Maguire, 2004）
- 为出色的工作提供持续的非正式反馈
- 学习辅导技能（Doran et al., 2012）
- 灵活、自愿成为经验指导者和聆听、教导者（Doran et al., 2012）
- 了解跨专业实践以及如何促进基于团队的工作（Doran et al., 2012）
- 参与 RNAO 临床实践团队（Doran et al., 2012）
- 学习项目管理技能，并自愿参与或领导一个项目或变更计划
- 支持变革计划，并积极与同事讨论项目和变革措施
- 了解并实施跨专业委员会（Wesorick, Shyiparski, Troseth, Wyngarden 1998）
- 自愿成为你所在单位的理事会成员或领导（Brody, Barnes, Ruble, & Sakowski, 2012）。
- 与同事们讨论什么对他们来说很重要，并在理事会会议上提出来（Wesorick et al., 1998）
- 在理事会会议后与同事分享信息，并将他们的观点带回理事会（Wesorick et al., 1998）
- 认可其贡献（Patrick, 2011）
- 建立一个由顾问和信息提供者组成的网络，当你需要信息和建议时，他们将提供一个诚实和公正的观点（Joni, 2004）



## 团队/单位/组织战略

- 为团队/单位/组织创建一个集体愿景和价值观 (Gillespie & Mann, 2004) ， 并与团队合作制定反映这一愿景的行为标准
- 设计清晰易懂的角色分工，包括领导职责
- 设计责任网格化，详细说明职责和责任级别 (Recker, Bess & Wellens, 1996)
- 会定期进行绩效评估
- 设计领导职位招聘的面试指南，其中包括关于尊重个人价值和护理价值的问题
- 设立护理活动周，在此期间通过奖项、证书、通讯文章和活动对表现卓越的护士进行正式认可，以表彰其成就
- 建立一个理事会。这个想法来自于 Bonnie Wesorick 的工作，她是一名为护士创造健康工作环境的专家。她和她的团队将理事会描述为一个安全的学习、发展和实践领导技能，包括通过对话、感激的询问、冲突管理和极性管理来学习建立关系。理事会是护理点领导者与管理者一起进行决策的地方。理事会可以在许多领域开展工作，包括健康的工作环境；病人安全；质量改进；招聘和续聘战略；提高患者满意度；利用资源，提高能力，甚至与其他卫生保健机构建立联系。理事会在整合跨学科的循证实践方面也很重要 (Wesorick et al.1998; Wesorick & Shiparski, 1997)

## 学习管理冲突

- 鼓励人们自由地交流想法、感受和态度，以培养一种信任的氛围
- 阐明围绕价值观、目的和目标的问题
- 学习和练习对话技巧
- 学习并实践极性管理的技能——它不旨在解决有潜在标准答案的问题，而是管理两难困境的方法
- 关注什么是可能的，而不是什么是错误的（Wheatley, 2002）
- 搜索解决此问题的替代方法
- 调查赞赏性询问的使用情况
- 根据需要向外部来源寻求帮助
- 建立一个评估可能的解决方案的流程
  
- 参考 RNAO “管理和减轻医疗保健团队中的冲突”（2012），可在 [rnao.ca/bpg](http://rnao.ca/bpg) 上查阅

## 领导力实践建议 2：授权员工

### 1. 护理管理者创造或促进了一个授权的工作环境。

#### 在工作场所中进行的授权会促进：

- 提高护士的工作满意度（Cummings et al., 2010; Hatcher & Laschinger, 1996; Huffman, 1995; Laschinger, Finegan, Shamian & Casier, 2000; Laschinger, Almost & Tuer-Hodes, 2003; Laschinger & Havens, 1996; Roche & Duffield, 2010; Upenieks, 2003b; Whyte, 1995）
- 改善职业心理健康（Baguley, 1999; Hatcher & Laschinger, 1996; Hatcher, 1993; Howard, 1997; Laschinger & Havens, 1997; Laschinger et al., 1999; McBurney, 1997; O’ Brien, 1997）
- 提高对护理实践的自主性和控制能力（Cummings, 2004; Huffman, 1995; Laschinger & Havens, 1996; Laschinger & Havens, 1997; Laschinger, Sabiston & Kutzcher, 1997）
- 增加员工的积极性（Kanter, 1979; Peachy, 2002）
- 增加对领导者的尊重和赞赏（Nespoli, 1991）
- 改进组织承诺（Beaulieu, Shamian, Donner & Pringle, 1997; Dubuc, 1995; Howard, 1997; McDermott, Laschinger & Shamian, 1996; McKey, 2002; Peachy, 2002; Tucker & Edmondson, 2003; Wilson & Laschinger, 1994）
- 提高工作效率和成果（Laschinger & Havens, 1996; Laschinger & Havens, 1997; Laschinger, Finegan, & Shamian, 2001a; Laschinger et al., 1999; Peachy, 2002; Tucker & Edmondson, 2003）
- 改善员工的不及格率（Gokenbach, 2004; Govers, 1997; Laschinger, Finegan & Shamian, 2001b; Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2000; McKey, 2002; Upenieks, 2003b）
- 改善患者的预后（Boyle, 2004）



## 证据分析

需要为护士创造和维持被授权的工作环境是护理领导力文献中的一个共同主题 (Govers, 1997; Laschinger et al., 2000; Laschinger et al., 2001b; Upenieks, 2003b)。授权随着时间的推移而发生 (Erickson, Hamilton, Jones & Ditomassi, 2003)，与信任联系在一起 (Laschinger et al., 2000)，并被认为在一个组织真诚地与员工沟通共同兴趣、共同意图时产生。在理解授权方面，组织特征和文化比人格因素、个人态度和工作效率更有用 (Hatcher & Laschinger, 1996)。授权和满意度都与员工的工作环境直接相关 (Hatcher & Laschinger, 1996; Upenieks, 2003b)。

它需要将组织条件和领导风格相结合来授权员工。工作场所的社会结构会影响员工的态度和行为 (Kanter, 1993)，结构性因素也影响员工获得信息、获得支持、获得工作中必要的资源以及学习和成长的机会 (Kanter, 1993)。

Manojlovich (2005) 发现，护士如何看待其管理者的能力，在必要的资源和他们的赋权意识之间存在着很强的直接关系。该研究还表明，当护士拥有强大的护理领导力时，他们对自己的能力更有自信，如果他们护理领导力较弱，他们就不会感到这一点。

Skelton Green (1996) 发现，在医院委员会工作的护士报告说，工作满意度提高，离职意愿降低，而Erickson等人 (2003年) 发现，作为治理委员会成员的护士有更高的授权。Beaulieu等人 (1997年) 研究了安大略省两个长期照护机构的护理人员和护理管理人员的授权和承诺。他们发现，能够充分获得信息、支持和资源的管理人员明显比护士更有授权感和对组织的承诺感。在一项对芬兰护士管理者的研究中，Suominien和同事 (2005) 发现，授权和低压力水平之间存在非常显著的关系。

变革型的领导者通过持续的对话，通过分享愿景和价值观，并激励他人分享他们并使他们成为现实，赋予护士权力 (Conger & Kanungo, 1988; Dunham & Fisher, 1990; McKay, 1995)。通过促进护理的价值和创造获得正式和非正式权力结构的途径，赋予领导人赋予工作的目的和意义，这些权力结构是工作场所获得权力的重要预测因素 (Dubuc, 1995; Huffman, 1995; McKay, 1995; Whyte, 1995)。

在组织中具有自由决策、可见性和相关性的角色赋予了正式的权力。非正式的权力产生于政治联盟和与同僚的互动中 (Kanter, 1993)。与同伴、上级和下属建立的联盟进一步影响了授权 (Laschinger et al., 2001b)。

授权领导者通过设计角色，让员工参与决策，并通过优化自主权、个人和职业成长的机会，为有效和授权的工作创造了机会 (Kanter, 1993)。授权员工改善对患者的关注度、产品和服务、组织竞争力和工作生活质量 (Howard, 1997)。

优化他们在临床护理实践做出决定的能力是授权护士工作的一个例子，是他们控制工作的必要条件 (Davidson, Elliott, & Daly 2006; Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull & King, 2009)。另一个例子是在所有情况下优化其在临床护理实践的实践范围 (CNA, 2012)。

*Nursing leadership development at all levels is increasingly important as health care systems and organizations become more complex and resources become more restrained.*

~ (Doran et al., 2012)



核心胜任力	示例行为	临床护理领导力的相关性
1.2.1 护理管理者理解和实践授权行为的概念和原则。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 批判性地反思个人使用的授权行为</li> <li>■ 寻求对自己行为的反馈</li> <li>■ 与他人分享权力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 批判性地反思个人对授权行为的使用 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 寻求对自己行为的反馈 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 与他人分享权力 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
1.2.2 护理管理者优化护士的自主权和个人和职业成长的机会。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 通过有效授权他人来展示对他人的信心 (CNO, 2002; Hui, 1994; McGilton et al., 2004; Nespoli, 1991; Upenieks, 2003a; Walston &amp; Kimberly, 1997)。</li> <li>■ 教导和引导 (CNO, 2002; Ferguson- Paré et al., 2002; Gelinas &amp; Manthey, 1997; Pederson, 1993; Upenieks, 2003a, 2003c)</li> <li>■ 建设性地提供消极和积极的反馈 (Parsons &amp; Stonestreet, 2002; Six, 2004; Tucker Scott, 2004)</li> <li>■ 将已有经验作为一个学习的机会 (CNO, 2002; DeLong &amp; Fahey, 2000; Garvin, 1993)</li> <li>■ 为发展知识、技能和判断力提供了机会。(Bousfield, 1997; DeLong &amp; Fahey, 2000; Englebart, 1993; Ferguson-Paré, 1998; Gasper, 1992; Nespoli, 1991; Severinsson, 1996; Upenieks 2003a)</li> <li>■ 鼓励他人做出判断、勇于冒险和创新 (Ballein Search Partners 2003; Upenieks 2002a)</li> <li>■ 制定政策和流程, 实现更大范围的循证实践 (Chiock Foong Loke, 2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 通过使用适当的教学资源来领导患者的健康教育 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 将已有经验作为一个学习的机会 (CNO, 2002; DeLong &amp; Fahey, 2000; Garvin, 1993)</li> <li>■ 教导和引导 (CNO, 2002; Ferguson- Paré et al., 2002; Gelinas &amp; Manthey, 1997; Pederson, 1993; Upenieks, 2003a, 2003c)</li> <li>■ 建设性地提供消极和积极的反馈 (Parsons &amp; Stonestreet, 2002; Six, 2004; Tucker Scott, 2004)</li> </ul>



核心胜任力	示例行为	临床护理领导力的相关性
<p>1.2.3 护理管理者优化数据和信息的获取和使用，以有效发挥作用 (Upenieks,2002a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分享个人和组织的愿景和价值观 (Cadman &amp; Brewer, 2001; Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Ingersoll et al., 2001; King, 2000; Lageson, 2001; Levasseur, 2004; Nespoli, 1991; Walston &amp; Kimberly, 1997)</li> <li>■ 分享关于正在进行的组织计划和未来计划的信息 (Ray et al., 2002; Upenieks, 2002a)</li> <li>■ 批判性地应用基于护理理论和研究的知识 (Antrobus &amp; Kitson, 1999; Clifford, 1998; CNO, 2002; Upenieks, 2002a)</li> <li>■ 促进知识和循证策略的发展、共享和应用 (Antrobus &amp; Kitson, 1999; Davenport, DeLong &amp; Beers, 1998; Ferguson-Paré et al., 2002)</li> <li>■ 分享专业知识并促进他人获得专业知识 (IOM, 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用临床护理实践的系统和 技术来促进循证护理，并改善患者的结果 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 监测和收集指标，以评估患者护理的安全性和质量 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
<p>1.2.4 护理管理者为护士创建了获得和使用来自上级、同事和下属的支持、反馈和指导的条件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 寻求理解他人的思维、学习和工作风格 (Antrobus &amp; Kitson, 1999; Pederson, 1993)</li> <li>■ 为个人和情况定制领导风格 (Cardin, 1995; Ferguson-Paré, 1998; Pederson, 1993)</li> <li>■ 创建支持交互的结构和流程</li> <li>■ 支持受工作事件或经历影响的护士</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 作为跨专业团队成员和其他护士的顾问和联络员 (O’ Connor, Theol &amp; Chapman, 2008)</li> </ul>



核心胜任力	示例行为	临床护理领导力的相关性
<p>1.2.5 护理管理者促进护士获得资源并适当的使用——履行其职责所需的材料、金钱、用品、设备和时间</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 将官僚主义对资源的限制最小化 (Aiken, Sochalski &amp; Lake, 1997; Hanna, 1999; McClure, Poulin, Sovie &amp; Wandelt, 2002; Upenieks, 2002a)</li> <li>■ 消除了实现结果的障碍 (Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 提供并使用必要的预算支持、培训时间和决策支持工具来实现目标 (CNO, 2002; Ferguson-Paré et al., 2002; Ferguson-Paré, 1998; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Upenieks, 2002a, 2003a; Strebel, 1996; Walston &amp; Kimberly, 1997)</li> <li>■ 建立机制来监控和实现可管理的工作负载</li> <li>■ 响应不断变化的需求和优先级</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 确定了在临床护理实践节约成本的方法 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 实施全系统的举措, 提高质量、有效性和效率 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 在临床护理实践适当使用资源 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
<p>1.2.6 护理管理者加强护理工作的意义</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 促进护理对患者和组织结局的贡献 (Clifford, 1998; Nespoli, 1991; Upenieks, 2002a, 2003a)</li> <li>■ 设计一个具有自由决策、可见性并与关键组织过程相关的角色 (Kanter, 1993)</li> <li>■ 创建联系方式保证组织内外联盟网络 (Kanter, 1993)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 促进护理对患者和组织结果的贡献 (Clifford, 1998; Nespoli, 1991; Upenieks, 2002a, 2003a)</li> </ul>

<p>1.2.7 护理管理者促进 下属参与决策 (Campbell, Fowles &amp; Weber, 2004; Erickson et al., 2003; Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Nespoli, 1991; Robinson, 2001; Skelton Green, 1996)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 征求其他人的广泛意见 (Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Nespoli,1991)</li> <li>■ 创建能够参与决策的结构和流 程</li> <li>■ 尊重决定, 给予支持 (Robinson, 2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 为患者相关的决策提供 并获取适当的信息 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 是医院和其他社区服务 机构中的患者及其家 属的倡导者 (O'Connor et al., 2008)</li> </ul>
---	---	--

## 成功创建授权工作环境的建议策略

### 个人策略

- 参与持续学习 (Patrick, Laschinger, Wong & Finegan, 2011)
- 质疑现状 (Patrick et al., 2011)
- 汇报成功和失败 (Patrick et al., 2011)
- 参与设定一个愿景或集体目标 (Patrick et al., 2011)
- 参与寻找共同点 (Patrick et al., 2011)
- 共享信息和资源 (Patrick et al., 2011)
- 建立信任关系 (Patrick et al., 2011)
- 创建共享的价值 (Patrick et al., 2011)
- 取得小阶段的胜利 (Patrick et al., 2011)
- 建立支持性关系 (Patrick et al., 2011)
- 认可贡献 (Patrick et al., 2011)
- 通过写个人日记来练习反思
- 寻求全面的反馈，以理解他人如何感知行为
- 回顾关于变革性领导力的文献
- 聘请专业教练和/或寻找导师，并定期见面
- 参加教育活动，了解更多关于领导力，项目管理，质量改进
- 志愿参加提升领导力的机会，如领导一个计划或作为团队成员参与一个质量或改变计划
- 主动成为一个团队的一员，收集关于领导力练习的数据，通过海报使其可见，并参与关于结果的日常对话
- 参与集体会议和其他患者安全的会
- 成为在临床护理实践中集多种技术于一身的 champion;

### 团队/单位/组织战略

- 在实践层面建立正式和非正式的领导角色，如临床资源人员、项目领导或团队领导
- 促进了岗位轮换
- 让护士参与患者照护的会议和委员会
- 允许访问员工援助计划、支持小组、事件发生后的讨论支持
- 提供学习和提高知名度的机会，如参加董事会或委员会会议 (CNA, 2003a) 或领导力发展课程/会议
- 组织促进小组，分享领导经验和策略
- 通过定向项目、技能培训、角色塑造和积极的反馈来建立人们对自己能力的信念 (Manojlovich, 2005)
- 建立质量改进团队，以应对员工的担忧
- 分享护理与患者积极结果之间的证据
- 共享并执行有效和可靠的工作负载数据
- 定期与经理/董事/副总裁举行早餐或咖啡会议
- 举行市政厅会议 (Apker et al., 2003)
- 定期进行绩效评估，并建立同行评审流程



## 成功创建授权工作环境的建议策略

### 组织范围内的战略

- 简化决策结构和流程
- 在确定结构化工作组中护士与领导者的比例时，要考虑工作的复杂性、多样性和人数数量
- 建立共享的治理结构和流程，如护理实践委员会和以单位为基础的委员会，以管理护士的实践范围（CNA，2001）
- 制定策略和政策，最大限度地扩大护理实践范围（CNA，2012）
- 任命普通护士到产品评审委员会
- 定期通过时事通讯、开放论坛（2002b）和网络技术沟通护理实践委员会的工作
- 为所有护士提供多元化培训、支持和责任计划
- 建立指导和指导计划（CNA，2001）
- 为应届毕业生和有经验的护士提供实习机会

## 领导力实践建议 3：建立知识

### 1.3 护理管理者创建了一个支持知识整合的环境。

#### 创建一个支持知识开发和整合的环境，会促进：

- 提高护士的工作满意度（Gifford, Zammuto, & Goodman, 2002; McNeese-Smith, 1997; Paterson, Henderson, Trivella, 2010; Perra, 2000）
- 提高工作效率（Collins, 2002; Perra, 2000; Upenieks, 2003b）
- 增加授权和自主权（Ferguson-Paré, 1998; Gifford et al., 2002; Wilson & Laschinger, 1994）
- 提高实践、护理及责任制的质量（Perra, 2000）
- 增强员工的个人和专业成长（Bousfield, 1997; Madison, 1994; Severinsson, 1996）和临床领导能力（Ferguson-Paré et al., 2002）
- 增加参加继续教育的愿望（Upenieks, 2003a）
- 加强员工关系（Nespoli, 1991）
- 增加对领导者和组织（Upenieks, 2003c）的信任（Garvin, 1993; Tucker & Edmondson, 2003）
- 巩固变革成功的结果（Strebel, 1996; Walston & Kimberly, 1997）
- 增加组织承诺（Perra, 2000）

*Clinical leadership is a process of leadership embedded in the professional practice behaviour of staff nurses.*

~ (Patrick et al., 2011)



## 证据的讨论

持续的知识获取和整合是高效组织的一个内在特征 (Upenieks, 2003c)。学习型组织擅长于获取和传播知识的同时改变行为以反映新的知识 (Upenieks, 2003c; DeLong, & Fahey, 2000)。Senge (1990) 将学习型组织定义为：“在那里人们不断提高他们的能力来创造他们真正想要的结果，培养新的和广阔的思维模式，集体愿望得到满足，人们不断学习如何共同学习” (pg. 3)。为了实现这一点，组织需要发现如何利用人们的承诺和学习能力。

Tucker and Edmondson (2003) 在对医院的研究中明确指出了领导行为对报告错误的意愿的影响。变革型领导者通过创造一种开放和心理安全的氛围来显著影响组织的学习价值——这两个因素对有效的组织学习至关重要 (Tucker & Edmondson, 2003; Argyris & Schön, 1996)。创建学习型组织首先需要通过建立有利于知识创造、共享和使用的环境来承诺学习 (Donaldson & Rutledge, 1998; Upenieks, 2003c)。DeLong 和 Fahey (2000) 对 24 家公司如何启动、管理与知识相关的项目进行了调查。他们的研究发现，文化塑造了关于知识的重要性，定义了知识水平之间的关系，为社会互动创造了环境，并塑造了新知识的创造和采用。文化塑造的第一步是评估最有可能影响与知识相关的行为的文化不同方面，包括对知识所有权的态度、促进更多地协作地使用知识所需的改变以及内部沟通模式。Donaldson and Rutledge (1998) 回顾了既往重点为护理研究的传播和利用的六个项目，结果显示影响将新知识应用于实践能力的因素包括参与继续教育、获取信息和文献、参与研究的时间以及获得接受高等教育的同事合作以促进知识转化 (Donaldson & Rutledge, 1998)。

学习型组织利用所有的知识资源，包括内部的创造力、组织中知识渊博的专家、其他组织的最佳实践和外部专家，使用科学的方法对新知识的系统检索和实验，以产生知识获取的增量收益 (Garvin, 1993)。知识在整个组织中快速有效地传播。具有最大影响的想法被广泛分享，并通过多种渠道传播以加强应用，包括书面和口头报告，以及教育和培训项目。

创造、分享和使用知识的动机是一个关键的成功因素，与组织的一般评价和薪酬结构联系在一起的长期激励措施可以加强这一因素 (Davenport et al., 1998)。

大型卫生保健组织根据证据做出决策，但这些证据通常没有进行系统综述或评估 (Kovner, Elton & Billings, 2000)。正如 Berwick (1996) 所指出的那样，实验有助于人们知道某一特定的创新是否应该被保留、改变或拒绝。然而，大多数组织对工作进行反思的时间太少了。循证管理合作中心的存在是为了促进卫生系统层面上，聚集有具有共同使命的改善卫生保健管理、数据库和组织绩效的管理人员、顾问和研究人員，他们在一起共同组建一个专业团队，从而更好地了解有效的卫生保健管理所涉及的问题、开发更有效的方法来管理卫生系统。这创造了一种基于证据的文化、支持和鼓励创新、实验、数据收集和分析以及在管理者之间发展批判性评估技能 (Walshe & Rundall, 2001)。

担任正式领导角色的护士可以通过提供领导力教育和实践学习到领导力能力的机会，以此来创造一个支持领导力发展的环境 (Paterson et al., 2008)。护士领导还负责为临床护士创造学习机会，让他们了解护理研究并实施基于研究为基础的实践性护理的机会 (Jeffs, MacMillan, McKey, & Ferris, 2009)。

核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.3.1 护理管理者支持广泛参与知识开发、分享和传播的规范和实践</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 营造一个积极鼓励创新和变革的工作环境 (Ballein Search Partners, 2003)</li> <li>■ 为个人提供思考和学习的机会 (Tucker &amp; Edmondson, 2003)</li> <li>■ 培养护士分享临床和领导力的专业知识</li> <li>■ 为护士员工创造了评估、设计新的工作系统的机会 (Tucker &amp; Edmondson, 2003)</li> <li>■ 促进和支持护理研究</li> <li>■ 促进发展和维持应用基于证据的指南 (Kitson, Harvey &amp; McCormack, 1998; Udod &amp; Care, 2004)</li> <li>■ 认识产生和领会知识的不同模式的价值</li> <li>■ 调整激励措施, 以加强和促进对知识管理实践的理解 (Davenport et al., 1998)</li> <li>■ 通过客观地挑战行为和信念来管理个人成长 (Gelinas &amp; Manthey, 1997)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 将护理流程应用于领导患者/客户的护理 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 提供分享患者/客户疾病进展知识的机会 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 通过患者-护理会议为患者/客户主导并分享干预措施 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 通过客观地挑战行为和信念来管理个人成长 (Gelinas &amp; Manthey, 1997)</li> </ul>
<p>1.3.2 护理管理者提供支持学习技术、信息和教育的基础设施 (Ballein Search Partners, 2003; Davenport et al., 1998; Hansen, Nohria &amp; Tierney, 1999; Ward, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 为教育和继续教育提供职业发展规划 (Ballein Search Partners, 2003; Kramer &amp; Schmalenberg, 2002)</li> <li>■ 建立组织伙伴关系, 促进继续教育</li> <li>■ 寻找并使用组织内部和外部的知识领域的专家 (Rycroft-Malone et al., 2002)</li> <li>■ 提供对各种文献和信息的访问的途径 (Udod &amp; Care, 2004)</li> <li>■ 鼓励使用决策支持工具</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 评估报告、实验室结果, 以评估患者/客户的状态, 并与其他团队成员分享知识 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 咨询专家, 为患者/客户实现最佳的护理和结果 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>



核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.3.3 护理管理者营造开放交流、团队合作和重视他人知识的贡献的环境 (芭蕾舞团搜索伙伴, 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 检查内部沟通模式 (Upenieks, 2003c)</li> <li>■ 认识到沟通中的文化差异以及等级观念如何影响沟通</li> <li>■ 鼓励共同合作解决问题 (Pielstick, 1998; Upenieks, 2003c)</li> <li>■ 建立鼓励讨论问题或想法的结构和流程 (Ballein Search Partners, 2003)</li> <li>■ 通过非正式和正式的实践, 在多个层面上促进信息和想法的流动</li> <li>■ 展示成功案例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 与其他卫生保健专业人员合作, 以提高现有组织流程中的效率 (Ott et al., 2009)</li> <li>■ 为患者/客户、家属以及跨专业团队提供开放、及时的沟通 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 认识到患者/客户家庭文化在沟通方面的差异, 以及等级制度观念可能对沟通的影响 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 鼓励协作解决问题 (Pielstick, 1998; Upenieks, 2003c)</li> </ul>
<p>1.3.4 护理管理者灌输持续提质量改进的学习方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 提供有效的反馈 (DeLong &amp; Fahey, 2000; Ferguson-Paré 1998; Ferguson-Paré et al., 2002; Gelinas &amp; Manthey, 1997; Severinsson, 1996; Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 通过对实践的批判性反思, 清晰、批判性地审查、产生和验证知识 (Berwick, 1996; Titchen, 2000)</li> <li>■ 激发创造性思维</li> <li>■ 让管理人员和工作人员参与提高护理质量, 确保资源的有效分配 (Ballein Search Partners, 2003)</li> <li>■ 使护士能够采取行动</li> <li>■ 培养具备质量监测的个人责任感</li> <li>■ 提供时间来讨论和解决问题的根本原因</li> <li>■ 使用批判性反思来生成和验证知识</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 有助于解决问题、决策和改善患者护理流程 (Ott et al., 2009)</li> <li>■ 提供有效的反馈 (DeLong &amp; Fahey, 2000; Ferguson-Paré 1998; FergusonParé et al., 2002; Gelinas &amp; Manthey, 1997; Severinsson, 1996; Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 参与跨专业团队合作提高护理质量和确保资源的有效分配 (Ballein Search Partners, 2003)</li> <li>■ 临床护理工作中表现对护理质量监测强烈的个人责任感 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 为患者/家属提供时间来讨论护理计划</li> <li>■ 使用反思性实践来生成和验证知识 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>



核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
1.3.5 护士领导者建立持续监测组织过程和变化的机制	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 促进在护理管理中应用与护理相关的绩效和患者结局测量指标 (Ballein Search Partners, 2003)</li> <li>■ 让临床护士参与进行制定标准和开发最佳实践 (Ballein Search Partners, 2003; Gifford, 2002)</li> <li>■ 使用数据和质量框架进行监控和决策</li> <li>■ 查阅其他组织和专业人士的最佳实践 (Upshur, 1997)</li> <li>■ 监控变革的结果, 并建立责任制</li> <li>■ 回顾并记录过去组织上的成功和失败 (Beaulieu, 1997)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 参与了标准制定和实施最佳实践 (Ballein Search Partners, 2003; Gifford, 2002)</li> </ul>

*The most significant leaders for improving direct care are the individuals providing direct care.*

~ (Cook, 2001)



## 创造支持知识发展和整合的环境的策略

### 个人策略

- 通过回顾研究和参加会议，展示个人对护理专业发展的承诺
- 组织带领团队讨论研究文章、案例研究和临床经验分享
- 进行和分享研究综述，整合临床和管理主题的进展 (Walshe & Rundall, 2001)
- 建立一个圆桌会议或午餐小组来讨论领导经验 (Walshe & Rundall, 2001)
- 通过撰写文章或在会议上发表演讲来分享领导力知识
- 提出了关于实践的问题 (Patrick et al., 2011)
- 继续学习基于证据的最佳实践，并支持证据整合 (Jeffs et al., 2009)
- 讨论如何与他人一起评估实践，并自愿收集数据进行评估
- 自愿参与实践改进计划
- 参与互助学习的护理模式（如 80/20 模式，学习是受薪工作的一部分），并鼓励同事尝试使用这些新的内容 (Bournes & Ferguson-Pare, 2007)

### 团队和单位策略

- 成立并发展质量改进团队和委员会
- 建立跨专业项目团队以促进学习和交流 (Upenieks, 2003c)
- 鼓励在定期小组会议 (Stone et al., 2002) 或其他论坛、会议分享信息 (Garvin, 1993; Upenieks, 2003c)
- 培养护士与护士间或和跨专业团队分享专业知识
- 通过灵活的日程安排和期刊俱乐部来支持对员工的继续教育
- 鼓励护士撰写并发表小组文章或在会议上做演讲
- 对该单位进行需求评估，并制定继续教育计划
- 建立年度学习计划

### 组织范围内的策略

- 提供图书馆服务，包括互联网和搜索引擎 (Udod & Care, 2004)
- 为完成继续教育，可提供学费支持和灵活的课程安排
- 与学位授予项目合作，提供现场教育；参与合作研究项目 (Rutledge & Donaldson, 1995)
- 定期进行焦点小组和调查，以跟进护理实践的过程和结果
- 创建非惩罚性错误和未遂事件报告流程
- 使用最佳实践指南
- 为员工安排一定的工作时间并为他们创造学习机会，了解研究、质量改进、项目管理、指导、以患者为中心的护理、整合循证实践 (Bournes & Ferguson-Pare, 2007)
- 构建/修改工作量测量工具，以便有时间进行反思和学习
- 将做和应用研究成为工作描述和战略计划的一部分 (Rutledge & Donaldson, 1995)
- 建立一个护理研究团队，并在团队的日常工作中使用证据和研究 (Rutledge & Donaldson, 1995)
- 在年度报告或医院新闻官网中发布护士的成就
- 通过跟踪护士敏感指标的数据，开发并提供开放的护理质量报告 (Bethune, 2005)



## 领导实践建议 4：领导和持续变革

### 1.4 护理管理者者领导、支持和维持变革。

#### 有效的变革管理领导能力将导致：

- 增加员工对变革的接受度 (Barry-Walker, 2000; Ingersoll et al., 2001; Katz, 1982; Rousseau & Tijorwala, 1999)
- 增加变革的成就 (Kramer & Schmalenberg, 2002; Leach, 2005; Strebel, 1996; Upenieks, 2003a)
- 表现更好的团队 (Cummings et al., 2005; Gil, Rico, Alcover, Barrasa, 2005; Leach, 2005; Perra, 2000)
- 提高了工作效率 (Leach, 2005; Perra, 2000)
- 降低缺勤率 (Leach, 2005; Perra, 2000)
- 增加了工作承诺 (Barry-Walker, 2000; Ingersoll et al., 2001; Katz, 1982; Rousseau & Tijorwala, 1999)
- 增加了组织承诺 (McNeese-Smith, 1997; Perra, 2000)
- 增加了员工的积极性和努力工作的意愿 (McNeese-Smith, 1997; Perra, 2000)
- 提高了工作满意度 (Cummings et al., 2005; Gil et al., 2005; McNeese-Smith, 1997; Perra, 2000)

### 证据的讨论

护士领导者是成功的组织变革的关键。在加拿大一项关于医院重组影响的研究中，护士们认为他们的领导人使用基于关系的民主风格时，负面影响的报告更少 (Cummings et al., 2005)。A U.S. Gullo 和 Gerstle (2004) 的研究发现，当中层管理者在重组过程中表现出变革型领导时，护士报告出高于平均水平的赋权感；然而，他们发现在变革过程中变革风格与工作满意度之间没有关系。在一项对西班牙医院团队的研究中，Gil et al. (2005)，发现变革型和魅力型的领导风格与工作满意度和团队绩效密切相关，并受到团队对其自身效率信念的影响。

当护理领导者发展出挑战组织中的现有假设、结构和过程的愿景时，变革就开始了 (Kanter, 1999; Leach, 2005; McNeese-Smith, 1995; Shea, 2001; Upenieks, 2003a)。要为这一愿景建立大量的关键支持，就必须开发它，然后与其他利益相关者分享 (Block, 1987; Kramer & Schmalenberg, 2002; Tucker, 2004)。

当护士领导者通过创造结构和机会来吸引员工，让他们参与变革过程的所有阶段时，愿景就会成功地进行改变和变革 (Collins, 2002; Knox & Irving, 1997a)。真正承诺变革的领导者 (Kanter, 1999; Knox & Irving, 1997b)，作为变革和创新的榜样，能够更好地实现预期目标 (Leach, 2005; Kramer & Schmalenberg, 2002; Upenieks, 2003a)。

大量研究指出，变革需要在组织的不同层级上进行持续的沟通 (Ingersoll et al., 2001; IOM, 2004; Knox & Irving, 1997b; Rousseau & Tijorwala, 1999)。开放的沟通可能会让员工更能接受这个变化，更致力于他们的工作 (Barry-Walker, 2000; Ingersoll, et al., 2001; Katz, 1982; Rousseau & Tijorwala, 1999)。有效的策略包括要求对员工

存在的针对变革的看法进行反馈等(Heifetz & Laurie, 2001; Ingersoll, et al., 2001; Knox & Irving, 1997a)。信息应适合组织不同层级的员工(Skinner & Spurgeon, 2005; Upenieks, 2003a)。关于可衡量的目标和进展报告应定期提供更新(Walston & Kimberly, 1997)。

一些组织系统上的变化可能会导致护士的道德困扰,这需要得到护士领导者识别和解决(Bell & Breslin, 2008)。由护士领导者进行道德教育和汇报可以帮助护士处理道德困境(Bell&Breslin, 2008年)。

Strebe (1996) 表示领导者经常低估进行变革所需的知识。在有足够的时间和资源进行教育的情况下,质量和效率更可能高(Knox & Irving, 1997b; Walston& Kimberly, 1997)。根据预期变革的力度应适当调整。

当护士领导建立信任并提供持续的支持时,员工可以更好地应对变化(Leana & VanBuren, 1999),通过在场和看到发生变革的地方(Shea, 2001),倾听和回应员工的情绪和反应(Block, 1987; Greenberg, 1996)。然而,为了使变革有效和持续,领导者应在正在进行的行动中制定制定新的策略。

核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
1.4.1 护士领导者与利益相关者和专家创建一个共同的持续变革的愿景(Ferguson-Paré, 2002; Kramer & Schmalenberg, 2002; Leach, 2005; McNeeseSmith, 1995; Perra, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 反思个人对变革和变革管理的态度和技能</li> <li>■ 质疑现状,挑战假设、价值观、结构和过程(Leach, 2005; McNeese-Smith, 1995; Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 评估环境以确定组织之外的人口统计特征和政策变化(Englebart, 1993; Shea, 2001)</li> <li>■ 收集建议新方法的信息(Kanter, 1999)</li> <li>■ 批判性地应用证据来改变计划</li> <li>■ 与能够帮助扩展组织中使用的思维和方法的合作伙伴建立联系(Kanter, 1999)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 是患者、服务对象和工作人员的倡导者和评估者(O'Connor et al., 2008)</li> <li>■ 通过对患者和服务对象的宣传而改变大家对固有印象</li> <li>■ 挑战以病人为中心的护理的假设(Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 反映了个人对变革和变革管理的态度和技能(Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 批判性地将证据应用于变革计划中(Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>

核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.4.2 护士领导者持续与其他人分享变革的愿景 (Ferguson-Paré et al., 2002; Harvard Business Review, 2001; Leach, 2005; McNeese-Smith, 1995; Perra, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 建立战略关系和伙伴关系 (Englebart, 1993)</li> <li>■ 建立变革联盟 (Gil et al., 2005) 包括获得关键人群的认同 (Shea, 2001)</li> <li>■ 化危机为契机而不是威胁 (Kanter, 1999)</li> <li>■ 展示对变革的承诺 (Huy, 2002; Lowe, 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 促进与医院外的卫生保健服务提供者的沟通 (O' Connor et al., 2008)</li> <li>■ 展示对变革的承诺 (Huy, 2002; Lowe, 2004)</li> </ul>
<p>1.4.3 护士领导者参与利益相关者和专家在规划、设计和重新设计变革</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 在这个过程中尽早向员工和劳工团体寻求意见</li> <li>■ 将不同层次的人聚集在一起讨论共同的目标, 并确保其保持一致 (McNeese-Smith, 1995)</li> <li>■ 让受变革影响的人参与到变革过程 (Cummings, 2005; Lowe, 2004; Macy, Peterson &amp; Norton, 1989)</li> <li>■ 让利益相关者建立变革所有权 (Knox &amp; Irving, 1997a)</li> <li>■ 确定变革的关键支持者、有影响力的人和拥护者 (Kanter, 1999)</li> <li>■ 对促成变革的专家和人才表示尊重和认可 (Nnox&amp;Irving, 1997a)</li> <li>■ 鼓励人们相信变革是可能发生的;</li> <li>■ 建立一种有这种可能性的感受 (Pielstick, 1998)</li> <li>■ 鼓励人们冒险创新; 成为两者的榜样 (CNO, 2002; Kanter, 1999; Kramer &amp; Schmalenberg, 2002; Leach, 2005; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 不管结果如何, 都要吸取教训</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 参与病房或专科区域的战略规划 (O' Connor et al., 2008)</li> <li>■ 尊重并认可对变革有贡献的专家和人才 (Knox &amp; Irving, 1997a)</li> </ul>



核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.4.4 护士领导者在整个变革的过程中进行沟通</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 翻译和解释护理问题，以告知和影响不同背景的个人(例如，临床、行政、学术和政治) (Skinner &amp; Spurgeon, 2005; Upenieks, 2003a)</li> <li>■ 定期进行沟通 (Barry-Walker, 2000; Katz, 1982)</li> <li>■ 分享变革背后的经济 and 政策因素相关的信息 (Knox &amp; Irving, 1997b)</li> <li>■ 为变革期间的决策提供足够的信息</li> <li>■ 提供持续的进度报告 (Knox &amp; Irving, 1997b)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 提供专家咨询并与卫生服务机构建立联系 (O' Connor et al., 2008)</li> <li>■ 定期向患者、客户和家属沟通可能影响护理变革的信息 (Reid &amp; Dennison, 2011)</li> </ul>
<p>1.4.5 护士领导者在变革期开发并使用相关机制已对其进行反馈、测量和重新设计 (Goodman, 2001; Walston &amp; Kimberly, 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 确定可衡量的目标和机制，以跟踪进展 (Lowe, 2004; Walston &amp; Kimberly, 1997)</li> <li>■ 征求反馈和临床护士对正式和非正式的变化看法 (Heifetz &amp; Laurie, 2001; Ingersoll et al., 2001; Knox &amp; Irving, 1997a)</li> <li>■ 改变并重新设计活动的优先级，以便有足够的时间进行调整 (Ingersoll et al., 2001)</li> <li>■ 组织进行持续反馈并使用积极的倾听技巧</li> <li>■ 协商和调解由变革引起的问题</li> <li>■ 消除了实现结果过程中的障碍，并对结果负责 (Pederson, 1993)</li> <li>■ 讨论角色冲突、角色不清以及如何改变角色和责任 (Ingersoll et al., 2001; Kroposki, Murdaugh, Tavakoli &amp; Parsons, 1999)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 使用经批准的方法征求反馈意见。患者/客户调查 (Reid &amp; Dennison, 2011)</li> <li>■ 与跨专业团队合作，提供变革的反馈信息 (Reid &amp; Dennison, 2011)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 庆祝里程碑 (Ingersoll et al., 2001; Kanter, 1999)</li> </ul>	
核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.4.6 护士领导者支持、指导其他人取得成功的改变。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 建立信任并提供支持，以便与加速朝向变革的集体行动 (Leana &amp; VanBuren, 1999)</li> <li>■ 诚实面对个人的矛盾心理，保留意见和对改变的承诺 (Shea, 2001)</li> <li>■ 贴近员工的体验和变化 (Shea, 2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 与新员工进行接触，并帮助他们学习预测，了解变革相关过程中患者的需求 (O'Connor et al., 2008)</li> </ul>

## 领导和持续变革的策略

### 个人策略

- 需求一线临床人员的意见，并让他们参与到这个过程中来
- 认识到变革中的每一小步骤的贡献 (Patrick et al., 2011)
- 创建共享价值观来认可变革 (Patrick et al., 2011)
- 理解并承认对变革的理解因人而异
- 与人力资源、财务和质量改进方面的同事合作，获取数据，以跟踪持续变革的结果
- 进行利益相关者分析，确定谁可以促进或阻碍变革 (Block, 1987; Shea, 2001)
- 从利益相关者那里收集他们关于变革有意义的观点 (Tourangeau et al., 2002)
- 要有耐心，并对推进变革的机会持开放态度 (Cummings & McLennan, 2005)
- 开发一个支持团队，通过变革过程来维持个人能量 (McDowell, 2004)

### 团队和单位策略

- 让护士参与构建一个愿景
- 在线上和线下论坛中分享变革的愿景和策略 (McDowell, 2004)
- 为新任务提供技能培训，并注重优势，以建立团队对管理变革的信心 (Gil et al., 2005)
- 讨论不成功的案列，以确定如何在不同的情况下采取不同的做法 (McDowell, 2004)

### 组织策略

- 使用多种方法和策略进行定期沟通 (Ingersoll et al., 2001; Lowe, 2004; Rousseau & Tijorwala, 1999)
- 将变革与组织的战略目标联系在一起 (Lowe, 2004)
- 在整个变革过程中使用沟通策略，如通讯、会议、公开论坛及员工和领导之间的一对一会议 (Walston & Kimberly, 1997)
- 尽早并经常咨询员工和劳工团体
- 提供变革管理讲习班，包括授权、管理技能 (Walston & Kimberly, 1997) 和团队建设技能 (Gelinas & Manthey, 1997; Ingersoll et al., 2001)
- 使用实践手册 (McDowell, 2004) 以增加一致性 (Heller, 2003)
- 使用来自员工调查和焦点小组的评估数据来跟踪过程和结果，并为决策提供信息 (Lowe, 2004)

### 帮助他人应对变化的影响

- 倾听他们的担忧，要有同情心，而不是评判别人
- 关注个人和工作相关的问题
- 关注事件和相关的情绪
- 帮助个人拥有自己的感受，而不是通过理智化来使他们去个性化
- 通过发送卡片或小纪念品来提供鼓励和感谢 (Cummings & McLennan, 2005)



## 领导力实践建议 5：平衡复杂性

### 1.5 护理管理者平衡系统的复杂性，管理相互竞争的价值观并确定优先事项

#### 平衡系统的复杂性，并管理相互冲突的价值和优先事项时，会导致：

- 减轻了护士的压力 (Lindholm, Dejin-Karlsson, Östergren & Udén, 2003)
- 增加了对其价值 (Cronkhite, 1991; Fletcher, 2001; Gelinias & Manthey, 1997; Ray et al., 2002) 和自我形象的认知 (Gaudine & Beaton, 2002; Mohr & Mahon, 1996)。
- 提高了护士及其领导的工作满意度 (Barry-Walker, 2000; Fletcher, 2001; Gelinias & Manthey, 1997)
- 减少了与工作脱离 (Fenton, 1988; Mohr & Mahon, 1996)
- 降低了离职意愿 (Corley, 1995; Corley, Elswick, Gorman & Clor, 2001; Gaudine & Beaton, 2002)
- 增加了对领导人的信任 (Fletcher, 2001; Gelinias & Manthey, 1997)

#### 证据的讨论

公共资助的医疗保健系统是复杂的，面临来自各方的压力，包括预算限制，患者需求增加（特别是慢性疾病的日益流行），对护理质量的担忧，以病人为中心的护理和需要卫生保健工作者找到系统问题的解决方案等 (MacLeod, 2010)。

因此，护士和他们的领导经常面临来自个人、家庭、专业人员和整个组织的相互冲突的优先事项和需求 (Gaudine & Beaton, 2002; Oberle & Tenove, 2000)。，但最终，他们必须选择哪些事项应该优先以及需采取哪种行动。有些可能会给护士和护士领导者带来道德困境，特别是当决策受到专业期望、组织政治或等级权力结构的影响时。Splane 和 Splane (1994) 指出，高级政策角色的护士也受到“竞争考虑”的挑战 (p. 158)。波斯纳、库泽斯和施密特 (1985) 发现，管理者和组织之间的相似价值观与对个人成功的看法、组织承诺和对道德行为的承诺有关，使得基于价值观以及对医疗保健环境复杂性的理解来讨论问题。护士相信要为每个患者/客户提供最好的护理 (Jameton, 1984)，并相信他们的专业知识在为患者或客户提供积极结果方面的价值。Lageson (2004) 发现了一个显著的关系，即护理管理者专注于满足患者/客户的护理需求与护士的工作满意度、护士的价值观和信仰与他们所工作组织的价值观和信仰，若两者之间缺乏一致性，则会使护士陷入道德困扰 (CNA, 2003)。

平衡护理的成本和护理质量(在人员配备和用品使用等问题上)是护士长需解决的一个主要问题 (Ballein Search Partners, 2003; Corley, 1995; Cronkhite, 1991; Gaudine & Beaton, 2002; Ray et al., 2002; Storch et al., 2002; White, 2000)。尽管有财政限制，护士领导者应该为护理服务，为病人和临床护士宣传 (Clifford, 1998; CNO, 2002; DeLong, & Fahey, 2000; Ferguson-Paré et al., 2002; Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Nespoli, 1991)。如果护士觉得他们的组织更重视削减成本而不是提供高质量的护理，其结果是对领导的信任下降，对工作满意度下降 (Barry-Walker, 2000; Fletcher, 2001; Gelinias & Manthey, 1997; Ray et al., 2002)，对护士压力增加

(Lindholm et al., 2003)、价值观念下降、对组织忠诚度下降、增加离职意愿(Ray et al., 2002)。这使得领导者所做的决策复杂化, 每个选择都有多种潜在的后果。

与医生、管理人员和保健团队其他成员的不良关系也可能是护士痛苦的来源。有时, 医生会得到优待, 或者其对护士及护士所掌握的知识缺乏尊重。但对公开数据显示(May, Hodges, Chan & Avolio, 2003; Storch et al., 2002)护理团队之间也存在差异。2008年, 在加拿大工作的注册护士中, 有8.3%接受过国际教育(CNA, 2011)。来自不同世代或种族文化背景的护士有着不同的职业道德和态度(Wieck et al., 2002), 但却需要作为一个有凝聚力的团队一起合作(White, 2000)。Cronkhite (1991)发现, 那些认为更接近病人/客户需求的护士领导者与组织高级人员的关系有更多的冲突; 那些被视为该组织倡导者的人与年轻护士有更多的冲突。

护士领导者的角色是促进和建立一个实践环境, 管理其复杂性, 平衡多种需求和视角, 从而使护士能够提供高质量的护理。变革型的领导者被认为具有较高的道德品质(Bass & Avolio, 1990)。他们被期望成为一个道德榜样, 当相互冲突的需求可能会损害病人和客户护理的质量时, 就会引起护士领导者的关注(Storch et al. 2002)。护士领导者必须反思自己的价值观, 才能认识到潜在的价值观和道德问题, 并有效地处理这个问题(Fenton, 1988; Gaudine & Beaton, 2002; May et al., 2003; Storch et al., 2002; White, 2000)。收集信息和评估情况是至关重要的(Norrish & Rundall, 2001; Ray et al., 2002; White, 2000), 因为许多问题都根植于背景(Oberle & Tenove, 2000)。斯托奇等人(2002)描述了知道什么时候划清界限, 什么时候推动, 什么时候后退。明确行动的依据、确保必要的资源(May et al., 2003)和监测决策的影响是领导者角色的一部分。领导者帮助其他人看到, 情况并不总是在对立之间的选择, 但可能是随着时间的推移通过改变重点和行动来优化的决定(Hurst, 1996)。例如, 在某些时候, 护士领导者可能会将资源投入到护士教育者的职位上, 以帮助护士改善他们的实践; 另一方面, 可能是增加护理职位。两者都是为患者和工作人员寻求最佳可能结果, 微妙平衡行为的一部分。巴里·约翰逊将这种类型的问题描述为一种困境性或对立, 没有一个单一的解决方案来解决复杂的问题, 相反, 它们必须得到管理(Johnson, 1996)。

核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.5.1 护士领导者确定并承认价值和优先事项。(Gaudine &amp; Beaton, 2002; May et al., 2003; Storch et al., 2002; White, 2000).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 使用价值澄清来识别自己的、他人的和组织的价值。(Cronkhite, 1991; Gaudine &amp; Beaton, 2002; Norrish &amp; Rundall, 2001; Storch et al., 2002; White, 2000; Wieck et al., 2002)</li> <li>■ 将个人价值观与职业责任分开(Gaudine &amp; Beaton, 2002)</li> <li>■ 明确地分享和传达愿景、价值观和优先事项(Cronkhite, 1991; Ferguson Paré et al., 2002; Heeley, 1998; Levasseur, 2004; White, 2000; Wieck et al., 2002)</li> <li>■ 阐明了一个过程, 定义一个组织中护理的价值观和愿景 (Storch et al., 2002)</li> <li>■ 理解价值观会随着时间的推移和生活经历变化而改变 (Rokeach, 1973 )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 使用价值澄清来识别自己的、他人的和组织的价值(Cronkhite, 1991; Gaudine &amp; Beaton, 2002; Norrish &amp; Rundall, 2001; Storch et al., 2002; White, 2000; Wieck et al., 2002)</li> <li>■ 将个人价值观与职业责任分开</li> </ul>

1.5.2 护士领导者承认和在决策中融入多种观点 (Heeley, 1998; Hurst, 1996; Norrish & Rundall, 2001; White, 2000)

- 从多个来源收集信息
- 使用决策支持工具 (Gelinas & Manthey, 1997)
- 确定并传达支持决策的价值观 (White, 2000)
- 对包括财政、权力和政治在内的多种压力都要敏感 (Norrish & Rundall, 2001)
- 确定了强调一种观点而非另一种观点的后果 (Heeley, 1998; May et al., 2003)
- 使用临床和专业护理知识做决策 (Krecji, 1999; White, 2000)
- 确定伦理和道德问题 (Storch et al., 2002)
- 知道什么时候何时说话, 何时沉默 (Krecji, 1999; Tucker Scott, 2004)

- 寻求通过咨询同行来确认临床决策 (O' Connor et al., 2008)



核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.5.3 护士领导者帮助其他人则要理解相互冲突的观点和决定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 承认并命名相互冲突的观点 (Heeley, 1998; Hurst, 1996; Storch et al., 2002), 并确定它们之间的相互依赖关系 (Hurst, 1996)</li> <li>■ 协助他人澄清和表达价值观和观点 (CNA, 2003; Gaudine &amp; Beaton, 2002; Storch et al., 2002; White, 2000)</li> <li>■ 理解文化多样性会影响各种观点</li> <li>■ 讨论为什么一个观点比另一个观点被重视或选择 (Heeley, 1998)</li> <li>■ 创建共享的问责制并建立协作关系 (CNO, 2002; Heeley, 1998; Hurst, 1996; Norrish &amp; Rundall, 2001; White, 2000)</li> <li>■ 帮助其他人了解医疗保健的业务方面 (White, 2000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 提供了关于适当护理的建议 (O' Connor et al., 2008)</li> </ul>
<p>1.5.4 护士领导者采用推进优先倡议的战略, 同时保持其他有价值的倡议和观点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 制定灵活的做法, 以应对不断变化的 优先事项 (Hurst, 1996)</li> <li>■ 促进和奖励与实现平衡相关的灵活性和创新性 (Hurst, 1996)</li> <li>■ 关注于目标和可以实现的目标 (Gaudine &amp; Beaton, 2002)</li> <li>■ 探索应对挑战的替代方法, 如使用技术 (White, 2000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分享专业知识, 并提供新护理技术的见解</li> <li>■ 通过设定优先级和调整护理策略以给患者护理</li> </ul>



核心能力	行为举例	临床护理领导力的相关性
<p>1.5.5 护理领导者提供可实现目标和实现目标所需的资源 (May et al., 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 提供数据，以证明对资源的需求</li> <li>■ 提供所需的人员配备、支持、时间和设备 (CNO, 2002; Ferguson-Paré et al., 2002; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Upenieks, 2003a, 2003b)</li> <li>■ 将资源、优先事项和专业标准的长期关系保持一致 (May et al., 2003; Upenieks, 2003a)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 为员工在会议上提供任务汇报，并提高他们的知识水平 (O'Connor et al., 2008)</li> <li>■ 收集数据以证明对资源的需要 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> <li>■ 确定设备和人员配置需求 (Reid &amp; Dennision, 2011)</li> </ul>
<p>1.5.6 护理管理者证明问责制，并对结果负责</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 监测决策对患者/客户和员工资源和质量的影响 (Fletcher, 2001; Heeley, 1998; Norrish &amp; Rundall, 2001, White, 2000)</li> <li>■ 识别和监测不平衡的指标 (Hurst, 1996)</li> <li>■ 确定对负面影响最敏感的人，并寻求频繁的反馈 (Hurst, 1996)</li> <li>■ 促进他人的责任</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 监测决策对患者和客户的影响</li> </ul>



## 个人能力层面的推荐建议

### 2.0 护士长要为实现有效的领导而不断发展自己的个人能力。

对于组织来说，了解和评估护士提供的个人资源是很重要的。同样，护士需要了解自己的长处，以便能够更好地去评估、塑造和利用它们。我们的文献综述发现了一些研究是关于支撑有效领导力的个人资源的，包括职业认同，民族文化认同、情商、应对技能、韧性和灵活性等个人特征，知识、多年的经验和正规的高等教育等领导知识；以及社会支持包括导师、支持你的同事、朋友和家人。Laschinger（2012）等人研究发现个人因素比环境因素更能影响护士对管理角色的期望。拥有学士学位并对自己的领导能力更有自信的年轻护士更有领导抱负。

Wood-Allen（1998）指出了影响领导力风格的五个因素——自信、天生的领导倾向、经验的积累、重要人物的影响和个人生活因素。Strasen（1992）讨论了“职业自我认知”或职业认同感——职业社会化带来的一系列被认同的信仰或形象，并指出它是基于个体的自我认知，并与之相互影响。Strader 和 Decker（1995）描述了代表正向的自我认知的个体特征，包括应对失望的能力、未来定位和情商。

### 医疗环境及领导力 LEADS 框架

“医疗环境及领导力 LEADS 框架”是 Royal Roads 大学的研究人员基于研究开发的一个的领导力模型（Dickson, 2008）。该框架是卫生保健体系为了应对资金压力、公众期望和技术变革等问题，推动变革而制定的。它已被几个加拿大卫生保健领导组织通过并采用。这个框架为这个最佳实践指南的许多部分提供了最新的研究证据和支持，并且由于它为个人能力层面建议提供了支持，所以我们将简要地介绍该框架。

首字母缩写“LEADS”代表了有效的健康领导力的五个领域：激励自己，引导他人，实现目标，发展联盟和系统变革（Dickson, 2008）。该模型概述了领导力和管理能力如何共同创造和维持变革。该模型采用分布式领导方法——这种能力适用于每个人，不论其职位或头衔，并可适用于正式和非正式护理角色。

医护人员的共同点是关注自己和他人的健康。关怀是指带着同情、尊重和同理心提供最好的服务；领导者的工作是支持和促进关怀，并设计项目来支持领导者、员工和公民的健康。

这种模式将关怀与实际行动结合起来，从而创造领导力。关怀是卫生保健系统的标志，是加拿大卫生部门领导力的根本。有效的领导者将关怀与他们是谁（Being）和他们如何行动（doing）结合在一起。“是谁（being）”反映了领导者的价值观、信念、假想、个性、品格、使命感和责任感、知识和道德。这些“是谁（being）”的元素支持了个人的行为。“行动（doing）”是领导者的行为方式。当关怀与行动相结合时，真正的领导力在行动中显现，领导者能够影响他人的行动，以创造有意义的变革（Dickson, 2008）。

**激励自我：**自我激励型领导是有自我意识的（对自己的设想、价值观、原则、强项和局限有认知），能进行自我管理（对自己的表现和健康负责）、自我发展（为个人学习以及性格的塑造和成长积极寻求机遇与挑战），并能够展示个性（诚实、正直、坚韧和自信等特征）。

**引导他人：**领导者促进他人的发展，支持并接受挑战，以实现专业发展和个人目标。他们为健康的组织做出贡献，并创造有吸引力的环境，让其他人有机会做出贡献，并确保资源可用来履行他们预期的职责。他们通过适当的倾听、鼓励公开的信息交流来进行有效地沟通。领导者建立团队，创建共同协作和合作的环境，以实现目标。

**实现目标：**以目标为导向的领导者通过识别、建立和沟通明确而有意义的期望和结果来设立目标和愿景，并根据愿景、价值和证据战略性地调整方向。它们将各项决定付诸实践，并以符合本组织价值观念的方式采取行动，以提供有效且高效的公众服务。他们衡量并评估结果。领导者要求自己和他人对达到的结果负责，并在适当的时候纠正错误。领导者与个人和团体建立联系、信任和价值观共享。

**发展联盟：**协作型领导者有目的地建立伙伴关系和网络联系，以创造成果。他们与个人和团体建立联系、信任和价值观共享，并对客户和服务做出承诺。领导者促进不同团体和观点之间的协作、合作和联盟，目的是通过学习来提高服务。他们通过知识和招聘等方法来聚拢高素质人员，鼓励公开交流信息，并使用高质量证据来影响整个系统的行动。领导者能驾驭社会政治环境，在政治上也很敏锐。他们通过协商解决冲突并获得支持。

**系统变革：**成功的领导者具备系统性和批判性思维。他们进行分析性和概念性的思考，质疑和挑战现状，以识别问题、解决问题、设计和实施跨系统和利益相关者的有效流程。领导者鼓励和支持创新，创造一种持续改进和创造性的氛围，旨在实现系统性变革。他们非常有战略地将自己定位于未来，并评估周围环境，寻找有利于系统建设的想法、最佳实践和新趋势。领导者支持和协调变革，并积极推动改善卫生服务提供的变革过程。

## 变革

领导者既是变革的发起者，也是变革的接受者。事实上，除了在变革的背景下，领导力的概念没有任何意义。虽然管理是减少系统不可预测性，带来系统稳定性的一系列技能和能力，而领导力是对变革作出反应引导变革的能力。这两种力量的适当组合，才能维持创造变革与抵制变革之间的平衡。随着变革力量的扩大和成长，就需要领导层来设想和引导这种变革的未来。LEADS 框架可作为希望改变的领导者的指南，并与护理领导最佳实践指南讨论变革的内容相一致，从而为变革策略和过程提供了额外的证据和支持（见附录 C）。

在加拿大卫生领导者学院的网站上有一个关于 LEADS 框架的更全面的讨论 [http://www.cchl-ccls.ca/default\\_conferences.asp?active\\_page\\_id=6492](http://www.cchl-ccls.ca/default_conferences.asp?active_page_id=6492)。

### 2.1 护士长要树立一个专业的护理角色。G

#### 证据分析

Apker 等人研究(2003)发现，管理者的支持可以预测护士对组织的承诺，但不能预测护士对专业的承诺。这与来自同事的支持形成对比，后者可以预测对专业的承诺。他们解释说，在这项研究中，由于管理者关注的是行政职责，他们更多地被视为医院的代表，而不是职业的代表。

有效的护理领导者对护理充满热情(Upenieks, 2003b)。他们清楚地了解作为一名护士以及护理职业中的一员意味着什么。这种认知是通过教育、工作社会化和导师的影响而逐渐演变而成的(Blais, Hayes, Kozier& Erb, 2002; Hinshaw, 1986)。社会化过程包括重要的价值观的形成, 如对优质护理和优质实践的承诺(CIHI, 2002; CNO, 2002; Ferguson-Paré et al., 2002; Mayer et al., 1995; Upenieks, 2003a; White, 2000), 将患者/服务对象放在第一位(Storch et al., 2002; White, 2000)。其他价值观包括关心、公正、诚实、尊重和正直(Rousseau & Tijorwala, 1999)、教育、职业自主性和尊重他人(Blais et al., 2002)。这些特质与变革型领导相似(Pielstick, 1998)。护理领导者通过表达护理对患者结局的贡献, 展现出对护理职业及其价值观、知识和成就的热情和尊重(Clifford, 1998; Ferguson-Paré et al., 2002; Ferguson-Paré, 1998; Nespoli, 1991; Pederson, 1993; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Scott et al., 1999; Thompson & Bunderson, 2003; Tucker, 2004; Upenieks, 2003b, Antrobus & Kitson, 1999; Storch et al., 2002)。有效的护理领导者重视并使用临床和专业护理知识来做决定(Krecji, 1999; White, 2000), 并且活跃在专业组织中(Fletcher, 2001; Krugman, 1989; Scott et al., 1999; Storch et al., 2002; Tucker, 2004)。

*She is a powerful leader; she uses data to make her point.*

——Upenieks (2002)

为什么强烈的护理职业认同感对护理领导者很重要? 因为他们越来越需要能够清晰地表达(并帮助其他人表达)护理专业服务对患者体验的积极影响, 并且用数据和研究证据对患者结局进行积极地影响。护士满意度以及护理人员的留任越来越多地与经验丰富的员工和更好的患者结局相关, 如较高的患者满意度、更低的不良事件发生率、更低的并发症死亡率和更高的安全性(Wong & Cummings, 2007)。

## 2.2 护士长应时常反思, 并发展其个性化领导。(与 2.6 重复)

### 证据分析

当护士和他们的领导者被问及有效领导力的特质时, 他们总是提到沟通和倾听技巧(Bousfield, 1997; Ferguson-Paré, 1998; Jeans & Rowat, 2005; Pearson et al., 2004; Perra, 2000; Scott et al., 1999)。有效的护理领导者表现出韧性、毅力和坚韧(Ballein Search Partners, 2003; Duxbury& Higgins, 2003; IOM, 2004; Nespoli, 1991; Waite & Richardson, 2004; Ward, 2002), 这也被描述为变革型领导者的特质(McGillis Hall et al., 2005), 也是自尊和自信的一部分(Waite & Richardson, 2004)。在一项对中层护理管理者的研究中, Judkins (2004)发现, 具有较高水平的耐力是低水平压力的一个强有力的预测因子, 并指出耐力是可以学习的。Sullivan, Bretschneider 和 McCausland(2003)研究发现, 耐力和幽默感能让领导者在困难时期保持承诺, 避免冷漠。自我反省和自我认知是支持有效领导的关键个人资源(Conchie, 2004; Goleman, 1998; IOM, 2004; Perra, 2000; Ward, 2002)。

有效的护理领导者表现出灵活性(IOM, 2004; Upenieks, 2003a), 能够适应模糊性、不确

定性和复杂性(Snow, 2001; Snyderman, 1988; Ward, 2002; White, 2000), 并且愿意冒险(Aldana, 2001; May et al., 2003; Ward, 2002)。有效的护士通常是积极的且平易近人的(IOM, 2004)。护理领导者从道德框架、内在力量以及对自身价值观和信仰的信心等方面认识到工作的重要性(Gaudine & Beaton, 2002; May et al., 2003; White, 2000), 而不是被承诺、权力和威望所驱使(Storch, et al., 2002; White, 2000)。他们表现出道德操守, 行为与信仰相一致。还有一些研究者强调了勇气和冒险精神的重要性(May et al., 2003; Storch, et al., 2002; White, 2000)。

Upenieks (2002b)指出临床护士更喜欢与强大的管理者一起工作。正式和非正式的权力是授权和个人权力的基石(Goddard & Laschinger, 1997;Kanter,1993;Hatcher & Laschinger, 1996)。在一项研究中, 一名护理领导者指出他们的角色赋予他们很大的权力, 但也强调权力主要源于自身, 并通过自信和内在的力量获得(Upenieks,2002a)。自信被认为是有效领导者的一种特征(Collins & Holton, 2004;Upenieks, 2002)。

Wieck等人(2002)的一项研究将35岁以下的护士与年龄较大的护士的观点进行比较, 结果显示, 两组护士看重的领导者的特征是相似的, 包括诚实正直、沟通能力、积极的态度和亲和力。这些所有特征都与变革型领导力有关。两组护士的不同之处在于, 年轻的护士更倾向于有培养力、有信心、有激励性、知识渊博和更擅长团队建设的领导者。

有效的护理领导者的许多特征都与情商相一致, 如自我认知、沟通、建立关系、韧性、乐观和远见(Scott et al.,1999;Sullivan et al,2003;Ward, 2002)。情商这一概念最初由Mayer和Salovey(1990)提出, 描述为通过识别情感和意义来解释和解决问题的能力(Vitello-Cicciu,2003)。Goleman(2002)进一步将其描述为包括自我意识、自我管理、社会意识和关系管理在内的能力。Goleman(1998)发现, 情商对于领导能力的重要性是专业技术能力和认知能力的两倍。Goleman et al.(2002)以及Salovey和Mayer(1990)都认为情商是可以培养的。

情商培训项目的指南是可行的(Goleman et al.,2002)。其他研究也发现了情商与变革型领导(Nicklin, 2001)和有效领导(Cadman & Brewer, 2001; Gasper, 1992; IOM, 2004; Snow, 2001)的正向相关性。Cummings et al.(2005)发现, 与情商一致的领导风格(和谐的风格)减轻了医院重组对护士的影响, 而不和谐的风格则加剧了这种影响。和谐的领导风格显著减少了情绪耗竭和身心症状, 改善了情绪健康, 加强了工作小组间的协作和与医生团队的合作, 提高了工作满意度, 减少了患者的护理需求不能得到满足的状况。

自我激励, 作为LEADS模型中五个行动维度之一(Dickson, 2008), 反映了领导者不仅需要有自我意识, 还需要自我激励, 并负责对自身的行为和健康进行管理, 发展自身并更多地展示诚实、正直、坚韧和信心等性格品质。



*It is critical that we consider leadership as a learned behaviour with specific competencies rather than a formal role or personality trait.*

—— (Doran, 2012)

## 2.3 护士长有责任培养并发展专业性领导并指导他人发展专业性领导力。

### 证据分析

领导力的培养被描述为一个通过教育、见习和指导，随着时间推移逐步发展能力和行为的过程(Dunham-Taylor,1995)。Blais 等人 (2002)指出，自我提升的护士表现地更有效率，并反过来促进了更积极的护理形象。

在询问护士及其领导者关于有效领导者的品质的研究中，参与者提出了工作经验(Pearson, et al., 2004; Pederson, 1993; Severinsson & Hallbeerg, 1996)，高等护理教育(Leach, 2005; Reyna, 1992; Tucker, 2004; Volk & Lucas, 1991; White, 2000)和知识的广度(Chiok Foong Loke, 2001; Pearson et al., 2004)。Altieri(1995)发现受过研究生教育的护理管理者比受教育程度较低的护理管理者有更高的变革型得分。Gelinias 和 Manthey(1997)指出，护理领导者有责任进行自身的职业发展管理，并确定护理领导者具有跨文化和跨工作单元的领导能力，以促进团队合作和变革。

许多研究和作者都指出了提高领导力所需的持续的专业发展。需要特别强调的是护理领导者应当具备临床护理基础知识 (Antrobus & Kitson, 1999; Reyna, 1992; Tucker, 2004)，以获得同事的信任，并理解护理、系统和组织的内容和背景(Ferguson-Paré et al., 2002)。Antrobus 和 Kitson(1999)强调，护理知识应当成为领导力培养项目的核心组成部分，从而护理领导者既可以发展护理实践，也可以阐明护理知识。

在芬兰的一项研究中(Suominen, Savikko, Puukka, Doran, & Leino-Kilpi, 2005)，护理管理者表示，他们需要通过培训来提高科研技能，领导力和团队合作，从而解决问题。同样，在一项针对加拿大管理者的研究中，参与者也表示需要了解科研相关的知识(Udod & Care, 2004)。许多作者都提出强烈的商业意识(Antrobus & Kitson, 1999; Gelinias & Manthey, 1997)、使用定量数据评判员工来证明人员配备的合理性以及被领导团队信任(Upenieks, 2002a)的重要性。中层和基层护理管理者表示，如果他们的高层护理领导者能够熟练地使用定量数据，反过来他们也会发现自己在决策中对财务数据的运用得到了提升(Upenieks, 2002a)。

## 护士领导者需要有以下广泛的知识：

- 专业护理 (Bousfield, 1997; Ferguson-Pare et al., 2002; Pearson et al., 2004; Severinsson & Hallbeerg, 1996; Wolf, 1996)
- 领导力 (Bousfield, 1997; Ferguson-Pare et al., 2002; Ferguson-Pare et al., 1998; Gelinas & Manthey, 1997, 2005; Severinsson & Hallbeerg, 1996; Wolf, 1996)
- 哲学 (Pearson et al., 2004)
- 伦理文学与伦理学 (Silva, 1998; Storch et al., 2002)
- 团队发展 (Pearson et al., 2004) 和团队建设 (Gelinas&Manthey, 1997 年)
- 人类与道德发展 (Pearson et al., 2004)
- 商业和管理知识 (Antrobus & Kitson, 1999; Gelinas & Manthey, 1997; Krecji, 1999; Upenieks, 2003b; White, 2000; Wolf, 1996)
- 变更管理 (Gelinas & Manthey, 1997)
- 团队建设 (Jeans & Rowat, 2005 年)
- 领导多样化的队伍 (Srivastava, 2005)
- 研究和研究应用 (Udod & Care, 2004)

一些研究表明，培训是培养领导技能的有效策略。Donner 和 Wheeler (2009) 认为，培训包括“一个合作的关系，由技术熟练的促进者(教练)和有意愿的个体(对象)共同承担。有时间限制且有重点，使用对话来帮助对象(个人或团体)实现目标”(p. 9)。

尽管在最初的文献综述之外进行了检索，我们依然发现支持培训项目实施的循证证据非常有限。研究表明，一项在大型学术健康中心开展的为期 4 年的正式同伴培训项目，培养了员工的领导技能，包括沟通、有效倾听和员工参与 (Sabo, Duff, & Purdy, 2008)。McNally 和 Lukins (2006) 对一项为期 6 个月的临床管理者和主任的培训项目(个体和团队)进行了评估，所有参与者都表示，通过该项目，他们对自己的角色展现出更强的胜任力和信心，超过一半的人计划继续担任领导角色。

在卫生保健领域，特别是护理领域，导师制越来越被认为是培养新领导者的关键。导师制被视为职业规划的关键组成部分，是职业发展的一种工具，对工作满意度、留任和继任计划有积极影响 (Cooper & Wheeler, 2010; CNA, 2004; Cummings et al., 2008)。临床、行政、科研和教育领域的新兴护理领导者均需要导师制，同时要注意将技术整合到护理实践的所有领域，并促进导师制本身的发展。

导师制的理论基础基于诸多关系理论。Cooper 和 Wheeler (2007) 创建了一个 5 阶段师生关系模型，该模型可用于指导所有护理角色中的师生关系，并用于领导力继任规划 (Redman, 2006)。

Taylor, Sylvestre 和 Botschner(1998)指出,相信自己能从他人那里获得社会支持的人生活得更健康,也能更有效地应对压力。护理领导者已经将导师制作为其领导能力培养和可持续发展的重要支持(Ballein Search Partners,2003;Cronkhite,1991;Gaudine & Beaton,2002;Madison, 1994; Tucker,2004;Walsh & Clements,1995;Ward,2002;White,2000)。在一项针对高层护理管理者的研究中, Madison(1994)发现,97%的受访者将他们专业/个人生活的改变归功于导师,74%的人表示导师制改变了他们的自信,65%的人表示提高了自我意识。其他的改变还包括提升了风险承受能力、增强了全球性思维、增强了自尊和工作充实度、促进了职业发展并提高了作为管理者的表现。Allen、Eby、Poteet、Lentz 和 Lima(2004)进行的一项 meta 分析显示,了解组织有关的指导和机会,以及人际支持的指导都能够产生积极的结果,如增加薪酬、晋升以及提高职业及工作满意度。在 Walsh 和 Clements(1995)对员工的一项研究中,参与者表示,师生关系增加了他们的自信和自尊。护理工作人员在支持和发展领导胜任力的排序中,获得导师的指导排在前五名(Jeans & Rowat, 2005)。

## 2.4. 护士长提供专业化和个性化的支持

### 证据分析

Scott(1999)和 Storch (2002)认为,护士积极参与专业组织非常重要,这有助于人们了解护理问题并获得同行支持。在一项对现有领导者的研究中(Tucker,2004),参与者表示,导师以及专业组织和网络的参与使他们了解到问题和趋势,并帮助他们发展了政治技能。护理领导者提出了朋友、配偶、家人和同事支持的重要性(Cronkhite,1991; Fenton,1988;Gaudine & Beaton,2002;Ward,2002),特别是具有变革型特征的同事(Ward, 2002)。Lindholm et al. (2003)研究了专业关系网、心理社会资源和健康自评之间的关系。他们发现,工作要求高、专业关系网薄弱、社会参与度低或情感支持水平低的护理管理者给自己的健康评分更低。然而,具有特别高工作要求的护理管理者,无论其社会心理支持水平或专业关系网水平如何,其健康自评情况较低的可能性更高。

这些作者指出,护理管理者的工作需求可能超出了能够获得足够支持的水平,并且有必要进一步探索导致健康自评分数较低的因素。Upenieks (2002a)表示,具有凝聚力的护理团队,有共同的目标,为组织和彼此尽心尽力,作为一个团队相互依赖,是对护理领导最大的支持。

### 教育建议

## 3.0 教育项目为护士的领导力发展提供了正式和非正式的机会。

## 证据的分析

很多报告呼吁需要更多领导力发展的机会 (Canadian Nursing Advisory Committee, 2002; Bauman et al., 2001)。

在护理的所有领域和角色中都需要领导力。加拿大护理咨询委员会(2002)指出，没有足够的护士进入管理和领导岗位。Laschinger et al. (2012) 预计，在未来十年将出现 4200 名护理管理者的缺口。传统上，护理管理者一般是因为出色的临床表现从普通的责任护士晋升而成，很少强调他们的领导能力。然而，在研究了 35 岁以下的学生和护士对领导者特征的期望后，Wieck 等人 (2002) 将他们关注的重点总结为创业机会，短期就业以及工作生活的平衡，这可能意味着这些人没有兴趣终身从事卫生保健事业，特别是领导岗位。

Kilty(2003)关于加拿大护理领导力发展的文章详细介绍了可用于发展护理领导力的资源和项目。许多护士的本科课程包括专门的领导力或管理课程，通常在第三或第四年。虽然一些大学为护士和其他卫生保健领导者提供领导力和管理的继续认证或课程，但只有少数几所大学在硕士阶段关注护理领导力。在发表最初版本的领导力最佳实践指南时，加拿大只有一个独立的护理领导力发展项目——the Dorothy M. Wylie Nursing Leadership Institute (Simpson, Skelton-Green, Scott & O' Brien-Pallas, 2002)。从那时起，逐步启动并评估了许多正式的项目。

Lee 等人(2010)研究了领导力发展计划对护理管理者职业倦怠的影响。该教育项目带来了更多变革型领导实践的应用，相应地也减少了情绪耗竭和愤世嫉俗的情况。管理工作量的能力仍然是发生职业倦怠的重要预测因素，而在教育项目中形成的团队意识和支持网的影响是有限的。

- 用专业的领导力培训和指导来完善教育课程
- 鼓励正向的角色塑造
- 为教育发展提供时间
- 明确表达对课程将如何转化为行为的期望
- 提供学以致用机会 (Lee et al., 2010)

MacPhee 针对英国哥伦比亚护理领导学院的参与者开展了一项纵向的随访研究。参与者主要是领导经验在三年以下的基层管理者。包括一个为期四天的住院医师计划，参与者开发了一个活动后，他们实施的改变项目，然后在一年的随访中提出 (MacPhee & Bouthillette, 2008)。作者的结论是，护士领导可以发展技能，成功地管理他们组织的变化，即使面对巨大的资源短缺。

Maslove和Fooks (2004) 认为，尽管一旦护士成为管理者，他们就可以开展领导力发展项目，但很少有针对临床护士的项目。通过为期四年的研究，护士的领导行为发生了积极的变化。该项目包括角色扮演、反馈和导师，并与个人目标和绩效审查挂钩。患者/客户和家属报告说，对护理的信任和满意度提高。护士报告了个人成长，提高了自信和自信。他们认为自己更有效、更有组织、更有权力。他们报告说，他们认为与同事和团队合作的关系更好，提高了谈判技巧，提高了对整个卫生保健系统的问责制和意识 (Wolf, 1996)。

Cunningham和Kitson (2000a, 2000b) 评估了一个临床领导力发展项目，其中重点是实践、经验和以工作为基础的，重点是技能获取和培养领导者所需的态度、价值观和行为。转型型的领导能力被选为最合适的领导风格。该项目的结果表明，自我报告和病房工作人员报告提高了领导能力，增强了以病人/客户为中心的方法，提高了领导信心。

### 3.1 护理领导力项目结合了循证模型和理论

#### 证据的讨论

Cummings等(2010) 评估了领导风格对护理工作满意度的影响, 建议使用关注人和关系的理论和模型, 如变革性和产生共鸣的领导。在Wong和Cummings (2007) 的另一篇系统综述中, 作者建议, 作为一种组织策略, 可以提高患者的积极预后。Weberg (2010) 表示, 有足够的证据表明, 变革性的领导实践可以减少员工的疲惫和职业倦怠, 并提高工作满意度和组织承诺。同样, Doran等(2012) 还支持为护士在临床实践角色中使用基于转型领导或关系模型的框架。这将包括关怀环境中的领导 (Dickson, 2008)、Kouzes和Posner的领导模式、变革领导以及人的成为 (Kouzes 和 Posner, 1988; 1995) 。

基于本指南的文献回顾和专家小组的共识, 发展和持续领导力的概念模型 (见第90页的图x) 也可以用于指导领导力教育项目的发展, 因为该模型强调了转型实践。

#### 在教育项目中探索的关键概念:

- 加拿大的卫生保健系统, 包括在国家、省和地区层面上影响该系统的社会、经济和政治因素
- 政治过程, 包括政治说服和护士对各级治理的影响
- 卫生专业的历史发展及其对护理职业的影响
- 在国家、省级和地方各级的卫生和社会政策的制定和改革
- 卫生服务提供模式的当前方法 (例如, 管理护理、管理竞争)
- 专业组织的角色及其对护士和服务提供的影响
- 卫生服务和政策的当前和新出现的问题和优先事项

3.2 通过本科、研究生和继续教育提供的护理领导力课程包括正式的和非正式的, 有领导经验的机会。

## 证据分析

正式的领导力发展项目已经显示出了积极的成果。Collins (2002) 对1982年至2002年的管理领导力项目进行了荟萃分析，发现正式的领导力项目对知识成果是有效的。在评估一个护士经理领导项目时，Wolf (1996) 发现了类似的结果，并确定参与者需要有更多的机会来实践他们的新技能，以及需要确定长期的组织结果。

### ■ 为发展领导者提出的战略建议

- 支持RNAO高级临床/实践奖学金的申请和安置
- 包括基础、基础后和研究生水平教育的领导力实践部分
- 为导师和学员一起参加
- 为新领导或参与领导变革或新项目的个人安排支持和讨论小组，与经验丰富的领导分享策略和想法

## 管理复杂性和平衡相互竞争的价值和优先级的策略

### 个人策略

- 使用自我反思来识别个人价值观
- 使用道德框架来协助澄清和决策
- 使用研究和患者和客户的结果数据来支持人员配备、技能组合和护理时间 (Upenieks, 2002a)
- 教育董事会成员和管理团队关于护理工作环境和病人/客户结果之间的联系, 包括人员配备水平的影响 (IOM, 2004; Storch et al., 2002)
- 与志同道合的团体和个人结成联盟
- 在接受角色之前检查个人哲学和组织信仰之间的契合度 (Englebart, 1993)

### 团队、单位和组织策略

- 发展和坚持一种重视护理的理念和使命, 并把患者和客户放在第一位
- 引入了鼓励共享信息和决策的治理模式 (Rosengren, Bondas, Nordholm, & Nordstrom, 2010)
- 成立委员会来审查资源分配 (Renz & Eddy, 1996)
- 建立了讨论伦理问题的论坛, 包括正式和非正式的伦理轮询和伦理委员会 (Gaudine & Beaton, 2002 ; Renz & Eddy, 1996; Silva, 1998; Storcn et al., 2002)
- 制定检举政策 (CNA, 2001; Erickson, et, al., 2003)
- 识别复杂情况下的极性并制定出管理策略 (Johnson, B. 1996)





## 组织建议

### 4.0 卫生服务组织为有效的护理领导力提供支持。

对有效领导的组织支持包括：

- 尊重和支持专业护理的组织文化
- 通过职位、获取资源、信息和自主实践获得正式的权力
- 通过网络和关系获得非正式的权力
- 支持专业成长和发展以及领导机会
- 尊重和协作的团队合作（Laschinger et al. , 2003; Laschinger et al. , 2004年）

### 证据分析

尽管Pearson等（2004）报告发现，关于工作环境对发展和维持护理领导能力的直接影响的高质量研究有限，在这方面也有一些证据。Jeans和Rowat（2005）在加拿大进行的一项研究的参与者，包括护士管理人员、管理人员和员工，报告了获得领导力的推动因素，包括支持性的工作环境、清晰和合理的期望、平衡的工作/生活、合理的工作量和获得管理教育项目。

一些研究发现，工作场所的赋权与有效的护理领导力之间存在关系（Hatcher & Laschinger, 1996; Lashinger & Shamian, 1994 ; Upenieks, 2003b）。Lashinger和Shamian（1994）报告说，护理管理者对赋权的认知和对领导能力的自我效能感之间有很强的联系。2004年，Lashinger、Almost, Purdy和Kim发现了强大的工作环境，即获得支持、资源、强大的人际关系和成长机会，与较低的护士经理倦怠和更好的身心健康有关。这项研究还发现，管理者需要持续的教育来发展他们的角色。

在一项比较磁铁和非磁铁组织中的护士领导的研究中，Upenieks（2003a）确定了具体的组织因素（表1），支持护士领导，并通过使护士在临床护理中使用他们的专业知识、知识和技能来鼓励临床领导。同样，一项在长期护理环境中进行的研究，McGilton等（2004）发现，注册护士和RPN领导人的支持能力受到供应、资金和人员配备、明确的角色描述以及足够的文书支持和高级管理人员的充分支持的影响。

Boyle和Kochinda（2004）发现，在接受了护士和医生领导参加的协作沟通培训后，医生和护士对护理领导能力和解决问题的认知显著改善。

Krugman（1989）报告称，以群体决策、互动沟通和分散控制为特征的参与式管理氛

围增强了护士领导的职业形象和专业意识。这与 Kanter 的结构授权要素一致 (Lashinger et al., 2003) , 以及与患者、客户和护士的积极结果相关的专业实践环境的属性 (Aiken, Smith, & Lake, 1994; Baird & St-Amand, 1995; Upenieks, 2002c)。

演绎分析类别	符合磁性医院的特征
中央类别	定义
1. 支持性的组织氛围	医院管理部门重视优质的病人护理和卓越的护理, 并高度重视护理服务。医院的环境支持专业的护理实践。
2. 医患关系	护士和医生作为一个团队工作, 利用彼此的专业知识来提供高质量的病人护理, 并且在提供高质量的患者护理方面有共同的益处努力。
3. 自主氛围	护士掌握他们的专家知识, 并在决策中允许问责和权威。护士有权代表病人的护理来追求他们的专业知识和技能。
4. 临床阶梯/继续教育	在组织结构中获得护理人员晋升的机会。护士获得护理发展课程和/或接受高等教育的支持/报销。
5. 参与式管理	决策被分散到单位层面 (即关于安排和使用资源的决定), 护士得到尽可能多的自由裁量权来组织护理。
6. 足够的人员配备	护理单位有足够的人员配备比率

表 1 支持护士领导和鼓励临床领导的具体组织因素

## 4.1 卫生服务组织表示尊重护士作为专业人员及其对护理的贡献。

### 证据分析

许多研究和报告表明，护士在工作场所感到缺乏尊重（Bauman et al., 2001；加拿大护理咨询委员会，2002；Cronkhite, 1991；Gaudine & Beaton, 2002；Storch et al., 2002）。对护士的尊重和工作公平的明显表现与赋权有关（Lashinger, 2004），并导致更好的人际关系和对领导者的信任（Lashinger, 2004），这提高了领导者的有效性。护士对病人和病人护理的贡献（White, 2000）导致他们报告降低情绪疲惫，更好的情绪健康，并能够更好地照顾重要的病人/病人的护理需求。

Devine和Turnbull（2002）在加拿大的四个主要中心进行了一系列的焦点小组，询问护士是什么定义了一个尊重的环境。他们回答说：

- 不期望护士在“任何地方”工作，不管他们的教育和经验如何；
- 护士的人员配备水平足以匹配工作量；
- 将护士纳入组织决策；
- 护士由有护理背景的人管理；
- 虐待护士1零容忍；和
- 专业发展的机会。

### 展示对护士作为专业人员的尊重的策略

- 4.1a 任命一名在行政一级的高级护士领导
- 4.1b. 雇佣护士担任护理点经理
- 4.1c. 雇佣受过适当教育和资格证书的护士领导
- 4.1d. 支持护理人员领导能力的稳定性
- 4.1e. 认可护士对病人和组织结果的贡献
- 4.1f. 培养和鼓励具有引起共鸣的领导风格的变革型领导者：有远见、教练、联盟和民主

#### 4.1a. 任命一名在行政一级的高级护士领导

### 证据分析

护士领导在设计护理系统方面起着重要的作用，让护士参与临床和组织决策，以获得更好的护理（Aiken et al., 1994；Clifford, 1998）。20世纪80年代末，在美国发生的两起国家护理短缺事件中，未能确保供应商和患者或客户满意度的系统被确定为主要因素（Clifford, 1998）。

许多护理报告和作者建议指定护士执行职位，对护理实践和操作负责，并对治理进行投入（美国护理学院协会 [AACN]，2002；Bliss-Holtz, Winter & Scherer, 2004；加拿大护理咨询委员会，2002；Clifford, 1998；国际移民组织，2004；不列颠哥伦比亚省注册护士协会，2001）。在魁北克省，省立法要求所有卫生保健组织都有一名护士作为护理主任，每个拥有五名或5名以上护士的机构都必须有一个对董事会负责的护士委员会（魁北克政府，1994）。

在安大略省，治理机构必须通过细则，任命一名护士为首席护理主管<sup>6</sup>以及该角色的责任（公立医院法案，1990）。在一项研究进展的建议引用加拿大护理咨询委员会报告 *我们的健康，我们的未来：为加拿大创造高质量的护士*，Maslove和Fooks (2004) 报道，尽管许多组织有高级领导职位护理，那些任命并不总是高级管理团队的一部分。

领导职位，具有足够的资源和实践控制，已被证明可以预测护士的工作满意度和保留率，并带来更好的护理质量(Aiken et al., 2001)。在组织决策的最高级别拥有一名护士是磁铁医院的一个属性，也是磁铁认证的资格要求 (Bliss-Holtz et al., 2004)。一个高度可见和可接近的高级护士领导有助于培养对护士工作的认可，并为护士提供机会来表达他们的观点和感觉更多的权力 (Clifford, 1998; Matthews, Lashinger & Johnstone, 2006)。修订后的护理工作指数工具，测量了专业护理环境的特征，包括首席护理主管的存在，员工高度可见，医院高层主管平等的权力和权威 (Aiken & Patrcian, 2000)。

医学研究所的报告 (IOM, 2004) 将护士的工作环境与病人/客户的安全联系起来，并建议各组织有各级管理部门的护士领导。本报告的作者没有找到证据支持护理领导的特定组织结构，但建议“在最高级的管理级别上，有准备充分的临床护理领导” (p. 134)。Clifford (1998) 支持高级护士领导需要能够确定护理的共同方向。该领导者的角色是参与执行决策，代表护理人员，促进与护士的沟通，促进护士参与工作流程和工作流程的设计，并提供所需的资源来支持护理知识和信息需求 (IOM, 2004)。Clifford (1998) 说，由于失去了传统的护理部门，临床工作人员应该能够通过高级护士领导联系到更大的组织。在具有项目管理结构的组织中尤其如此。

Clifford(1998) 指出，高级护士领导需要接触到合作伙伴，如每个项目中的医疗主管、首席执行官和首席财务官。Burner (1983) 发现，在组织中安置首席护理官对医生关系以及护理的安全和能力有影响。Crossley (1993) 报告说，与该组织的管理机构密切合作的高级护士领导的角色冲突和模棱两可持续下降。

#### 4. 1b. 雇佣护士担任护理点经理的角色，主要的重点是护理。

##### 证据分析

有几份报告建议，一个组织的主要重点是护理或是护士；临床护理管理者应该是护士（AACN，2002；Bauman et al.，2001；加拿大护理咨询委员会，2002；不列颠哥伦比亚省注册护士协会，2001）。护理是一门实践学科，是一种由标准、新从业者的教育、研究和证据的使用所支持的职业。领导应该结合核心护理价值观和护理信念（Ferguson-Paree et al.，2002）。南丁格尔认为“只有那些受过护士培训的人才资格管理国家”或者培训其他护士”（Woodham-Smith，1951）。

重组和项目管理已经消除了传统的护理部门结构（Ferguson-Pare et al.，2002）和许多组织中可识别的护理领导者。Clifford（1998）发现，卫生保健组织的持续变化和重大的工作量影响了临床工作人员。他们希望领导者寻求咨询，希望一个能够监测护理质量和员工发展需求的领导者。Clifford（1998）发现，向非临床经理报告的护士经理必须解释他们的角色的临床方面。在加拿大三个主要城市进行的一系列六个焦点小组中，护士工作人员报告说，非护理管理人员不理解或欣赏他们对病人和病人护理和操作问题的担忧（2002年）。Baumann等（2001）指出，如果没有专业的领导，糟糕的护理实践可能会被忽视。

#### 4c. 1雇佣具有适当教育、经验和资质的护理人员。

##### 证据分析

美国护理学院协会（2002）建议雇佣具有适当教育和资格证书的人（如需要认证或高级教育准备）为高级和专业特定的护理角色。一些研究指出，受过高等教育的护士领导被认为在其角色上更有效（Altieri，1995；Pederson，1993；Reyna，1992；Volk & Lucas，1991；White，2000）。

#### 4. 1d. 承认并促进一个稳定的护理领导力

##### 证据分析

一个稳定的护理领导支持领导者、同事和员工之间的人际关系、信任和开放的沟通，最终导致知识的分享（Bryman，Brensen，Ford & Keil，1987；Coff & Rousseau，2000）。护士领导的非正式权力与赋权及其有效性有关，它来自于与组织内人员的信誉和联盟（Kanter，1993；Upenieks，2002a），两者都随着时间的推移而发展

。一项关于重组研究的系统回顾发现，由于管理关系的改变和失去信任，护士对主管的满意度下降 (Coile, 1999)。

一个组织中护理领导层的频繁更替让员工感到不安 (Cumminngs & Estabrooks, 2003), 这可能是一个工作环境不健康的标志。一个组织对领导稳定的承诺反映了对护理的承诺和对护理领导的高级管理人员的信心，他们可能认为这是一个冒险的安全网。稳定的职位可以让护士领导更好地了解他们的员工、同事和病人/客户的护理问题，并提高组织启动多年战略并贯穿他们的能力 (Cumminngs & Estabrooks, 2003)。

在一项对疗养院的研究中，Anderson、Corazzini和McDaniel(2004) 发现，护理主任的任期是注册护士和有执照的职业护士离职的一个强有力的预测因子。这表明，长期服务的领导者能够更好地与员工建立联系，培养工作承诺，并更多地了解组织和护士，以进行更有效的管理。

一项相关研究发现，护士领导的任期内改善了患者/客户的预后 (Kemerer, 2003) 。鉴于组织中人员和结构的频繁变化，需要采取保持稳定领导能力的战略。

### 具有稳定的护理领导力的策略

- 建立共享的领导模式，如共享的治理 (CNA, 2005)
- 建立在流体矩阵中工作的专业团队 (Lemire Rodger, 2005)
- 为护理领导制定继任计划 (CNA, 2005)
- 谈到了一个稳定的环境对支持护士提供优质护理的能力的重要性

#### 4.1e. 认识并重视护士对病人、客户和组织结果的贡献。

##### 证据分析

组织文化<sup>6</sup>重视高质量的护理，并表明它重视护士是对护士领导的重要支持 (White, 2000) 。Turnbull和Devine (2002) 报告说，对护士贡献的认可是对护士的尊重的一个指标。在一项比较磁性和非磁性领导及其组织的研究中，磁性组织中86%的护士领导报告了对护士的强有力的行政支持。这些组织中的高级管理团队认识到护士角色的重要性，特别是密切观察和护理病人的价值。磁性组织的护士领导报告了他们在其组织中取得的积极影响，而非磁性组织的护士领导花费了相当多的精力来阐明护理对该组织的重要性 (Upenieks, 2003a) 。



## 认识护士价值的策略

- 建立、维护对实践的支持，如成立护理治理委员会、形成高级实践角色、护士科学家、指定的专业实践责任角色（AACN，2002）
- 根据经验、教育和认证的临床层级来区分护士的实践角色（AACN，2002；Upenieks，2003b）
- 最大限度地扩大护士的执业范围，减少他们的非护理工作（Canadian Nursing Advisory Committee，2002；Maslove & Fooks，2004）
- 创建包含既往经验、教育、高级证书、责任和绩效在内的奖励制度（AACN，2002；CNA，2001；Devine & Turnbull，2002年）
- 将专业和教育证书放在标签和报告上（AACN，2002）
- 包括护士参与媒体事件、公共关系公告和战略规划（AACN，2002）
- 为获得杰出成就的人提供奖励，并举行颁奖典礼来表彰他们
- 在该组织的年度报告中发布护理年度报告或专题护理（AACN，2002）

### 4.1f. 培养和促进具有共鸣性领导风格的变革型领导者：有远见、有辅导、有亲和力和民主的

21 世纪初，Cummings 及其同事调查了 Alberta 省重组医院领导风格对该院护士临床护理经验的影响（Cummings et al.，2005）。他们使用了情商（EI）领导风格（Goleman, Boyatzis, & McKee，2002）。六种领导风格被确定，其中四种因其表现出的高水平情商，被称为“共鸣型”领导风格。四种引起共鸣的领导风格分别为：远见型、辅导型、亲和型和民主型。共鸣型领导者在建立和谐、积极的工作环境时，会使自己和他人的感受保持一致（Cummings 等，2005 年，第 5 页）。在 Cummings 的研究中，与其他非共鸣或不和谐型领导风格相比，共鸣型领导风格下工作的护士情绪疲劳和心身症状明显减少，心理健康状态更强，工作间合作度以及与医生团队的合作程度更好，对上下级及自己的工作更满意，病人未被满足的护理需求也更少。作者明确表示：“这些发现对未来的医院重组、医院领导的责任落实、实现积极的患者结局、形成良好的临床实践环境、提升护士的情绪健康和幸福感，以及最终的患者治疗结局都有影响”（Cummings 等.，2005，第 11 页）。

随后的文献系统综述（Cummings，2006）强调了护理领导者通过高情商行为促进有意义合作关系形成的价值，通过这种行为，可建立与护士之间的信任关系并可支持护士在工作环境中更好的进行管理压力。这些富有情商的行为与变革型领导力的某些方面是一致的（Brown & Moshavi，2005）。



## 4.2 卫生服务机构尊重护士个体。

### 证据分析

在工作场所对护士的尊重与自主权有关 (Laschinger, 2004)。缺乏尊重与压力、工作满意度的降低有关 (Laschinger, 2004)。护士们报告说, 不论自己情况如何都希望他们来加班、轮班的想法对护士自身来说是不尊重的 (Devine & Turnbull, 2002)。加拿大护士的平均年龄为 44.5 岁, 三分之一的护士年龄在 50 岁或以上 (加拿大卫生信息研究所[CIHI], 2004)。Duxbury 与 Higgins (2003) 发现, 具有抚养责任的员工所报告的身心健康状况比没有儿童或老人照顾责任的员工更差。这些人很可能是上有老下有小的代, 她们需要在照顾孩子的同时照顾年迈的父母。组织需要找到创造性的方法, 鼓励年长的护士留在职场中, 以便分享他们的临床专业知识并指导、鼓励年轻的护士的发展。

有人担心, 年轻护士可能不会被领导者这一职位所吸引 ((Duxbury, L., & Higgins, 2003; Wieck, et. al., 2002)。年轻的护士寻找的是工作与生活的平衡 (Wong et al., 2012), 而领导职位的特点往往是不断增长的需求 (Heeley, 1998)、长时间的工作和文件支持不足 (加拿大护理咨询委员会, 2002; Norrish & Rundall, 2001) 的结合。Duxbury 和 Higgins (2003) 指出, 女性经理和专业人员比其他职位的女性可能具有更高水平的职业倦怠。Wieck (2002)、Laschinger, Wong, Grau, Read, Pineau 和 Stam (2012) 等也指出, 如果年轻人要成为未来的护理领导者, 培养他们很重要。

对工作人员的尊重应该包括最广泛意义上的多样性, 包括文化和种族多样性。Hemman(2000)发现, 护理人员中, 种族缺乏相应记录; Redmond(1995 年)指出, 70% 的护士管理人员是欧裔美国人, 3%是非裔美国人。在美国, 一项由 Villarruel 和 Peragallo(2004)发起的对西班牙裔护士的调查显示, 受访者报告了榜样和导师在培养和支持领导力方面的重要性。尽管西班牙裔和非西班牙裔导师都很重要, 但在本研究中, 有一个体现自己种族特色的导师更重要。Tucker Scott (2004)指出, 有色人种、少数族裔在护理教育项目中的代表性仍不足, 护理工作中, 特别是在护士管理中, 相关研究代表仍不足。在其他研究中, 有色人种的管理者报告了在工作场所中就业与人际关系的低满意度 (Dreachslin, 2002; Laschinger, Shamian & Thomson, 2001; Redmond, 1995)。

## 对护士表示尊重的策略

- 灵活的工作安排 (Duxbury & Higgins, 2003 年) , 包括灵活的日程安排, 灵活的时间政策和远程工作
- 提供各种轮班长度选择, 包括 8 小时、10 小时和 12 小时
- 为员工提供儿童保育
- 每年为照顾老人、孩子或解决个人问题提供有限天数的带薪休假 ((Duxbury & Higgins, 2003)
- 审查少数群体中的文化意识和领导力实施障碍—参见 RNAO 在卫生保健中提升文化多样性的健康工作环境最佳实践指南: 发展文化能力(RNAO, 2007)
- 根据不同的学习需求量身定做专业发展计划
- 利用技术提供 24 小时专业发展或在职培训
- 提供辅导和指导, 以提高年轻、缺乏经验的员工的信心(Storr, 2004)

## 4.3 医疗卫生服务组织计划、提供护士成长、晋升和领导力实践的机会

### 证据分析

成长和进步的机会不仅对专业和临床领导力很重要, 而且对那些具有正式领导职位的人的个人发展和临床实践也很重要(Cummings et al., 2008; Griffiths et al., 2009; Laschinger et al., 2004; Patrick et al., 2011; Tagnesi, Dumont & Rawlinson, 2009; Upenieks, 2002c)。据报道, 增长的工作机会和授权之间存在联系(Laschinger et al., 2003; Laschinger et al., 2001b; Upenieks, 2003b)。有成长和发展的机会是磁性医院的重要表现(Laschinger et al., 2003; Scott et al., 1999; Upenieks, 2002c)。Upenieks (2003b) 发现, 磁性医院和非磁性医院的领导者都注重于医院知名度、人员配备和设备提供等要素, 但教育在磁性医院的领导者中受到更多的关注。给予护士提升领导力的机会可以减轻其倦怠和不良情绪的影响(Laschinger et al., 2004; Lee et al., 2010)。但预算有限、时间(尤其是放松时间)缺乏和工作负担重是领导力发展的重要障碍(O'Neil, Morjikian, Cherner, Hirschhorn & West, 2008; Marville-Williams, 2007)。

## 4.4 医疗卫生组织支持授权，使护士能够对其专业实践负责

### 支持授权的建议策略

- 设立扁平化组织结构，分散决策(Carney, 2004; Englebart, 1993; Mohr & Mahon, 1996)
- 让护士进入政策管理和业务运营岗位，包括招聘、(Cronkhite, 1991; Gokenbach, 2004; Mohr & Mahon, 1996) 财务、战略规划和质量改进(Bliss-Holtz et al., 2004; Mohr & Mahon, 1996)
- 管理权力共享(Devine & Turnbull, 2002; Krugman, 1989; Upenieks, 2002c)
- 建立护理委员会或其他机构，以便护士提供意见。(Erickson et al., 2003)
- 制定政策，使护士能够解决道德问题或能够“举报”。(Erickson et al., 2003)
- 建立解决专业护理实践问题的方案。(Erickson et al., 2003)
- 最大限度地扩大护士在组织中所占角色的执业范围。(Erickson et al., 2003)
- 定期举行公开的讨论。(Dubuc, 1995)

### 证据分析

拥有自主权并且能够参与决策制定可以使员工和护理管理者都有被授权的感觉，从而对病人/顾客以及护士产生积极的影响(Apker et al., 2003; Boyle et al., 1999; Campbellet al., 2004; Cummings et al., 2008; Duffield et al., 2009; Ferguson-Paré et al., 2002; Laschinger et al., 2003; Scott et al., 1999; Tomey, 2009; Upenieks, 2002c; White, 2000)。自主、控制和协作与管理中的信任(Cummings et al., 2010; Laschinger et al., 2001)、工作满意度以及对护理质量的认知相关(Aiken et al., 2001)。护理管理者表示，参与决策制定对形成护理领导力至关重要(Upenieks, 2002a)。Carney(2004)等在一项对爱尔兰医院中层管理人员的研究中发现扁平的组织结构能够鼓励护士参与制定组织战略并加强彼此间的沟通。它也使护理管理者有了更强的管理凝聚力和更有效的沟通能力。而感觉自己被排除在战略之外的中层管理人员则表示，他们认为自己受到了控制和孤立。Dunham-Taylor(1995)发现当组织变得更具参与性时，积极的领导力行为会增多。在一项针对磁性组织的研究中，护士领导者报告了支持护士决策的重要性(Upenieks, 2003b)，但同时，研究发现，非磁性组织的领导仍不太确定护士在决策中该有多大程度的决策权(Upenieks, 2003a)。

管理权力共享在促进员工领导力的形成、制定相应决策方面是有效的。O' May 和 Buchan(1999)等对 1988 年到 1998 年文献进行综述，结果显示，共享管理不是“一次性解决方案”，但它确实会产生许多积极的影响，包括提高对管理有效性的认识，促进员工个人发展，提高工作技能，提高员工专业知识，促进职业发展。在此过程中，提供教育、获得员工支持、给予相应的指导和参与时间是必要的。Upenieks(2000)利用 1994 年至 1997 年发表的共享管理模型对干预研究进行了分析，结果显示，共享管理模型提高了护士的工作满意度，增

加了个人权力感和护士责任感,改善了工作环境。Song, Daly, Trudy, Douglas 和 Dyer (1997) 也发现共享管理可以提高护士的工作满意度。在急诊室进行的一项病例对照干预研究中, Gokenbach (2004) 发现, 创建一个具有明确的具有决策界限的护理委员会可以显著减少护士离职率。

医疗保健组织和他们所服务的患者受益于鼓励授权的文化, 这主要体现在以下几个方面: 员工流失率更低 (Anderson et al., 2004), 员工身心更健康 (Arnetz & Blomkvist, 2007; Laschinger 等, 2004; Weberg, 2010) 以及制定临床决策的改进 (Patrick et al., 2011; Tomey, 2009)。

#### 4.5 医疗卫生组织为护士提供及时的信息获取支持、决策制定支持及护理患者所需的其他资源

##### 证据分析

决策支持工具是护理实践和护理领导力使用过程中的重要组成部分, 其具体包括利用回顾性工具分析实践过程, 分析实践中存在的问题、最终的结果以及安全性, 还包括计算机化文件和工作量测量工具 (AACN, 2002)。

获取信息使人们“知情” (Laschinger & Havens, 1997) 及时告知组织的决策和政策变化均与授权有关 (Upenieks, 2002a; Laschinger & Havens, 1997)。一名护理管理者表示, 获取足够的信息才能更好地让他们履行职责 (Upenieks, 2002a)。护士管理者报告了, 当他们获得信息时会有更高的角色满意度 (Patrick & Laschinger, 2006), 更低的倦怠, 更好的心理和身体健康 (Laschinger et al., 2004)。

为患者照护提供必要的资源是尊重护士和体现护士重要性的标志 (DeLong, & Fahey, 2000; Nicklin, 2001)。设备、用品、辅助护理和技术资源是支持高质量护理和体现临床领导力所必需的支持。研究显示, Laschinger 等人 (2003) 发现了资源、授权和自主权之间的联系。护理领导者能在多大程度上为护士提供他们需要的工具是衡量领导者有效性和权力的标准 (DeLong, & Fahey, 2000)。

为复杂的护理工作配备必要的人员是提供优质护理和提升临床领导力的基础。充足的员工配置可以预测护理工作满意度, 提高护士在职率以及提高护理质量 (Aiken et al., 2001)。Upenieks (2003a) 发现磁性组织的护理专业人员比例高于非磁性组织。

临床管理审查评级系统评估了组织绩效的八个组成部分: 风险管理、临床审计、研究和教育、患者参与、信息管理、员工参与、教育、培训和发展 (Shipton, Armstrong, West & Dawson, 2008)。在评级越高的组织中, 领导者的工作效率越高。支持培训、进行员工评估、进行相应临床管理的组织和医院, 其感染的有效控制更好 (Griffiths et al., 2009)。

给予护士信息、决策和资源支持的建议策略这条和 4.4 一模一样（PDF 中），请注意是否需要修改

- 设立扁平化组织结构，分散决策 (Carney, 2004; Englebart, 1993; Mohr & Mahon, 1996)
- 让护士进入政策管理和业务运营岗位，包括招聘、(Cronkhite, 1991; Gokenbach, 2004; Mohr & Mahon, 1996) 财务、战略规划和质量改进 (Bliss-Holtz et al., 2004; Mohr & Mahon, 1996)
- 管理权力共享 (Devine & Turnbull, 2002; Krugman, 1989; Upenieks, 2002c)
- 建立护理委员会或其他机构，以便护士提供意见。(Erickson et al., 2003)
- 制定政策，使护士能够解决道德问题或能够“举报”。(Erickson et al., 2003)
- 建立解决专业护理实践问题的方案。(Erickson et al., 2003)
- 最大限度地扩大护士在组织中所占角色的执业范围。(Erickson et al., 2003)
- 定期举行公开的讨论。(Dubuc, 1995)

#### 4.6 医疗卫生组织促进团队成立、形成协作和伙伴关系。

##### 证据分析

组织中的协作关系增强了信任 (Leach, 2005) 和授权 (Laschinger & Havens, 1997; RNAO, 2006)，这有助于发展和维持护理人员的领导力。护理领导者可以通过讨论或更好地了解与同事之间的关系来提高护理可信度 (Oberle & Tenove, 2000; Storch 等, 2002; White, 2000)。

磁性医院中，护士与医生关系融洽 (Baird & St-Amand, 1995)。与医生的合作可以促进相互尊重彼此的知识并进行知识共享 (Upenieks, 2002b)，这最终有助于授权和增强临床领导能力 (Upenieks, 2002b)。Upenieks (2002b) 发现，团队合作在磁性医院更为普遍，而非磁性的领导报告的医护关系略有消极。

Upenieks (2002a) 发现，一个具有协作关系的护理管理团队对于发展和维持护理领导力很重要。一个具有创造性合作、同理心沟通、能够理解他人以及相互协作的团队对于实现组织目标、获得高效领导力非常重要。Disch 等 (2001) 报告说，护理行政人员和临床领导之间的合作对于提高护士的临床领导力来说，是无价的。Laschinger 等 (2004) 则将良好的人际关系与较低的护理管理者职业倦怠以及更好的身心健康状态联系起来。

护理管理者表示，整个组织和更高级别团队之间的协作工作关系提高了他们的效率 (Cummings 2006; Griffiths 等, 2009; Upenieks, 2002a)。根据加拿大卫生学院领导者们根据 LEADs 框架，认为通过团队、联盟、协作伙伴关系或网络促使他人参与合作等是有效临床领导力的关键组成部分。



## 促进团队建设，形成协作和伙伴关系的建议策略

- 建立跨专业实践委员会（CNA，2001）
- 将合作纳入工作计划中（IOM，2004）
- 举行专业的会议（Upenieks，2002a），轮流负责管理和教学
- 建立跨专业团队的行为、沟通准则
- 设计和实施护理路径（IOM，2004）
- 建立患者不良护理事件跨专业团队同行评审（AACN，2002）
- 提供跨文化沟通和冲突解决方面的培训（Disch et al.，2001）
- 建立护理管理论坛，以解决问题并共享信息
- 有员工共享休息室进行非正式互动，并建立私人咨询区（国际移民组织，2004年）
- 与广泛的合作伙伴合作，包括研究人员、教育机构、其他提供者和专业组织
- 参见 RNAO 健康工作环境最佳实践指南护理团队协作实践，2006年

## 4.7 医疗卫生组织支持领导者协助和促进变革。

### 证据分析

变革型领导与成功的组织变革之间的联系越来越明显。Cummings(2006)发现，具有高情商和变革型领导特征的共鸣型领导风格可以减轻医院重组的负面影响，为患者带来积极结局。Herold等.(2006)发现变革型领导与个人的变革承诺之间存在显著的正向关系。在一项社区护理干预研究中，管理者和临床领导团队设定了临床相关改变目标，并将关系导向、变化导向和任务导向的领导行为相结合，成功地实施了相应临床实践指南(Gifford et al.，2008;Gifford, Davies, Tourangeau, Lefebvre, 2011;Gifford, Davies, Tourangeau, Woodend, Lefebvre, 2013)。能够获得临床数据，了解障碍和支持，以及对所实施的举措负责也与成功的变革有关。

为了创造一种创新和持续改进的氛围，领导者需要有批判性和分析性的思考，能够质疑现状并战略性地面向未来进行设想(CCHL, 2010)。对领导力和质量改进的系统回顾中，强调了领导力中承诺对成功的重要性。有证据表明，某些领导行为与成功的质量改进有关，而某些领导行为与失败有关。领导态度不积极时，质量改进计划无法成功，且无法为临床提供相应的资源和支持；但是，忠诚、开放、善于沟通的领导者与强烈倡导变革的员工有着密切的工作关系，他们与成功有关(Ovretveit, 2005)。同样，综合文献综述发现，有三种领导活动影响了护士对研究证据的使用，即管理支持、政策修订和审计临床实践。护士不太可能使用管理优先级较低的证据，护理计划不是多学科，绩效评估不包括专业发展时护士也不太可能使用相应证据。

#### 4.8 医疗卫生组织明确管理者职责范围以确保有效的护理领导实践。

##### 证据分析

尽管盖洛普组织 (Buckingham & Coffman, 1999) 在 25 年来发现, 经理和员工之间的关系对于吸引和留住员工很重要, 但削减管理职位是一种常见的成本降低策略。1956 年, Urwick 在《哈佛商业评论》上指出, 当一个领导者拥有较高的职权时, 寻求联系的人会感到沮丧, 并认为领导者太忙了, 无法了解他们、理解他们的担忧。Walston 及 Kimberley (1997) 在对 14 家医院进行改造的研究中发现, 对管理者的控制范围延长会导致工作人员更少参与变革的规划和设计, 减少信息量的获取, 最终导致变革的成功率下降。

Mullen, Symons, Hu 与 Salas 等 (1989) 发现, 更广的职权范围使得主管们更有倾向于专注于任务而不是实际的人际关系, 团队成员因此也更有可能会不甚满意。一项来自化学工业的研究 (HechanovaAlampay & Beehr, 2001 年) 显示, 职权范围较大的监督人员所进行的监测较少, 因此, 不安全的行为和事故的发生率明显较高。在航空业, Gittell 等(2001) 发现, 小范围的职权控制可改善问题解决、相互尊重、共享目标和共享知识, 小组成员之间也能得到更加及时的沟通。

McCutcheon (2004) 发现, 护理经理的职权范围越广, 单位员工的人员流动率就越高。在职权范围内每增加 10 人, 预计离职率就增加 1.6%。同时, 随着时间跨度的增加, 支持性领导风格 (变革型和事务型)所带来的对护士工作满意度的正向影响降低, 而降低支持性领导风格时护士的工作满意度也会下降。然而, Meyer 等(2011)发现, 护士认为他们从变革性领导者那里得到的管理更满意, 这种满意甚至让他们更愿意忍受职权范围更广的领导者, 也不愿在常规工作时间内与非变革管理者相处。这可能是由于工作时间影响了管理者的互动能力, 从而克服了大职权范围控制的一些负面影响。

Cathcart 等(2004)发现, 员工敬业度随着领导职权范围的增加而下降。这些发现适用于所有的测试类别, 包括任期、工作状态(全职、兼职和临时)、合同状态(工会、非工会)、职位(管理、非管理)和工作类型(患者/服务对象护理, 非患者/服务对象护理)。当工作小组人数超过 15 人时, 敬业度得分下降最明显; 当工作小组人数超过 40 人时, 敬业度得分再次下降。该组织护理管理者原先直接管理 80 多名员工, 在四个领域增设了相应的管理职位的一年后, 护士的敬业度得分再次出现了积极变化。

#### 4.9 医疗卫生组织应要致力于培训和继任计划, 以培养未来的领导人。

##### 证据分析

缺乏领导力培训机会可能是护士和他们的领导者离职的一个因素 (Cummings & Estabrooks, 2003)。



Antrobus和Kitson(1999)认为，有抱负的护理领导者几乎没有动力一直直接从事临床护理实践，因为在学术界、管理界和政策制定中有更多的领导角色。他们呼吁将临床领导力的发展贯穿于护士的整个职业生涯中。除此以外，还强调了护士发展政治和团体技能的重要性，这样她们才能“在平等的基础上工作”并拥有发言权。

许多研究结果显示系统正规的领导力开发项目其研究结果多为正向结果(Cherniss, Goleman, Emmerling, Cowan&Adler, 1998; Cummings et al., 2008; Cummings et al., 2010; Cunningham&Kitson, 2000a, 2000b; George et al., 2002; Tourangeau, Lemonde, Luba, Dakers & Alksnis, 2003; Wolf, 1996)。然而，一些研究者(Cherniss et al., 1998; Ferguson-Paré, 1998; George et al., 2002; Giber, Carter & Goldsmith, 2000; Wolf, 1996) 强调，新上任的领导者需要有更多的练习相关技能的机会。一项试点研究发现，包含多媒体学习和实操环节的迎新计划能有效提高应届毕业生主持研讨会和圆桌会议的能力(Giber et al., 2000)，干预组对领导角色的准备越早、领导能力越强。

一项对护理领导力项目的研究(George et al., 2002 )发现，以下内容对领导力培训是必要的，即：足够多的同事参加该项目；导师制；护理管理者、临床护理专家和其他同事为他人树立榜样。在此过程中的障碍因素包括工作量、人员流失、责任感缺乏、管理层目标设定不足、自身经验少，以及尝试新行为时的负面反馈。

许多研究者已证实了继任计划的必要性(CNA, 2003; Collins, 2002; Cunningham & Kitson, 2000a, 2000b; Jones, 2005; Wolf, 1996)。这些计划包括将有管理经验的护士调进入正式领导职位(Canadian Nursing Advisory Committee, 2002; Doran et al., 2012; Laschinger, Wong, Grau, Read, Pineau Stam, 2012)。护理领导层反映，多样化的领导机会对领导力的发展非常重要，如参与委员会，发挥护士长角色，决策的自由度和接触正式职业规划的机会 (DeLong & Fahey, 2000; Laschinger et al., 2012)。



## 系统层面推荐建议

### 5.0 给各国政府的推荐建议

- 5.1 各省、各地区政府均需设立一名高级护士领导作为政策顾问。
- 5.2 各国政府在这些顾问之间建立国家交流。
- 5.3 各省和地区的政府均应建立护理咨询委员会。
- 5.4 政府建立、资助和维持护理领导力的开发计划。
- 5.5 政府建立、资助和维持护理领导力的研究项目。

#### 对 5.1、5.2、5.3 的证据分析

医学研究所 (IOM) 的报告,《确保患者安全:改变护士的工作环境》(IOM, 2004)建议在组织的最高层设立一名高级护理领导者,该名领导者用以从机构层面整合相应的护理措施,同时保证患者/服务对象的安全问题。在政府决策和健康政策制定上,高级护理领导的作用同样重要。目前,共有两份针对护士工作环境的护理报告,即:《承诺和护理》(Bauman 等, 2001)和《我们的健康,我们的未来:为加拿大护士创造高质量的工作场所》(加拿大护理咨询委员会, 2002),这两份护理报告均建议在全国范围内请护理领导担任高级政策职务。在报告加拿大护理咨询委员会所提建议的进展时, Maslove 和 Fooks(2004)指出,在发表这些建议时,10个省中有8个省有省级高级护理领导职位。

在一项国际研究中, Splan 等(1994)指出,在省/州等地方司法管辖区设立首席护理官是很重要的。作者通过文献查阅和与主要国际合作者的讨论回顾了国家的角色和作用。他们发现,首席护理官能够促进护士、护理标准和护理教育的最佳使用,改善患者/服务对象的安全,促进护理研究。在进行公开演讲时,能够教育他人有关护理知识;促进人权、提升支持健康决定因素政策的重要性。他们推动护理成为一项受人尊敬的人类服务。作者认为首席护理官与国家劳工组织、专业组织有重要联系并应在所有环境下与护士进行双向沟通。

当然,首席护理官也应影响政策制定,主要表现在护理标准、护理教育和护理研究、护士的招聘、留用以及改善护士工作场所条件等(Splan&Splan, 1994)。然而,她们也对与卫生服务的普遍性和社会经济地位等有关健康决定因素有关的政策显示出了相当大的影响。

尽管护理受到公众的信任 (Leger Marketing, 2003),但人们对这个职业并不了解 (Antrobus&Kitson, 1999),护士经常被认为是发言权较少的群体 (Gaudine&Beaton, 2002; Henderson, 2003; Storch 等, 2002)。Clifford(1998)发现,护士始终认为在组织最高层有必要有一个了解护士群体的人,这个人能够理解他们的做法,并且能够代表病人/客户和家庭倡导他们所想做的事情。政府中有一位护理高管就能很好地制定策略,向公众和政府宣传护士的角色和

贡献(Scott 等, 1999; Splane & Splane, 1994)。曾有相关研究显示提供这种类型的宣传对于加强公众对护士的尊重至关重要(Devine&Turnbull, 2002)。让一位高级护理领导担任政策角色对政府来说是一个展示支持护理的机会(Splan&Splan, 1994)。

让高级护理领导担任政策角色也能使政策制定者更好地了解患者/服务对象的护理问题, 并且制定卫生健康政策, 在为患者/服务对象做健康规划时能获得护理专家的意见。Splane(1994)指出, 鉴于医疗保健领域“全才”管理人员的增长, 这一点尤为重要。他们了解商业和公共管理知识, 但缺乏患者/服务对象计划以及实现计划目标所需的专业价值观和方法。两项研究中均发现(Antrobus&Kitson, 1999; Splan&Splan, 1994), 高级护理领导者在翻译护理术语、确定优先事项以及对政治家产生潜在影响方面发挥着重要作用。这类似于他们在解读和整合护理、高级管理和管理机构在其组织的基本作用。Antrobus 和 Kitson(1999)发现, “解读”在很大程度上是由个别护理领导者完成的, 建议护理政策制定者在分析和解释健康政策方面产生更多的价值。

虽然有相当多的证据表明护士的工作环境与护理质量有关, 但该护理问题不一定会被被视为政策活动政治议程的优先事项(White, 2000, Antrobus&Kitson, 1999; Splan& Splan, 1994)。参与健康政策的高级护理领导可以通过将护理观点纳入预算和政策决策来改善结果。一位平易近人的护理专家可以就政策对患者/服务对象护理的潜在影响提供建议。根据 Splan 等(1994)的说法, 相比较于与发起积极政策和支持现有政策执行方面, 担任高级政策制定者角色的护士在防止消极政策发展方面发挥着同样重要的作用。Scott 等(1999)也发现护理领导在重组过程中发挥了关键作用。Splan 等(1994)指出, 招募护士担任政府、志愿部门的高级职务以及议会选举候选人反映了对护理领导者能力、解决问题和管理技能价值的认可。

2007年, Laschinger 和 Wong 研究了急诊护理部门护理管理角色的组织和结构特征。高级护理领导者报告了他们在决策中的高度影响力和参与程度, 特别是当他们作为高级管理团队的一员向首席执行官报告、并发挥首席护理官角色时(Laschinger&Wong, 2007)。如果他们拥有其他的操作或直属权限, 他们的角色也会得到增强。中层管理者和一线管理者与这些类型的高级护理领导一起工作时感觉得到了更多的执业环境支持, 并且更有可能报告更高质量的患者护理(Laschinger&Wong, 2007)。最近在美国, 设有首席护理官的医院开展的一项定性研究结果显示, 首席护理官在组织绩效中发挥着广泛而重要的作用(Disch, Dreher, Davidson, Senioris&Waino, 2011), (Disch, Dreher, Davidson, Senioris&Waino, 2011)。

加拿大安大略省卫生委员会被要求在 2013 年 1 月之前要有一名首席护理官(公共卫生首席护理官工作组[PHCNOWG], 2011 年)。他们将负责护理质量管理和护理实践项目, 包括确保公共卫生护士全面开展工作, 使他们的组织更加有效, 以及改善人口健康等(PHCNOWG, 2011)。在已有首席护理官的地方, 一份省级报告称, 首席护理官的存在“有助于更广泛的医疗保健系统层面的讨论, 能够为政策、计划和实践问题(特别是对公共卫生和公共卫生护理有影响的问题)提供信息”(PHCNOWG, 2011, p.6)。

加拿大护理咨询委员会(2002)和卫生人力资源咨询委员会(2000)都建议设立护士政策咨询小组。这些团体帮助护士向高级护士和政府提供意见，以帮助他们制定政策。此外，咨询委员会的作用还体现在讨论工作场所和劳动力问题、战略和卫生人力资源规划等方面。Maslove 和 Fooks(2004)报告加拿大所有省份都有一个护理咨询委员会，该委员会为护理策略的实施等提供资金支持。

加拿大联邦护理政策办公室(ONP)负责就护理观点向加拿大卫生部提供建议。他们在各种论坛上代表护士为健康政策和项目发展做出贡献，并与护理社区密切合作，向政府提供建议(Health Canada, 2005)。ONP 协调省/地区首席护理官的会议，讨论护理问题和现有证据，并根据现有的最佳证据提出建议政策和战略建议。

#### 5.4 政府建立，资助和维持护理领导力发展项目。

#### 5.5 政府建立，资助和维持护理领导力研究项目。

### 对 5.4、5.5 证据分析

此条目的证据分析是医疗卫生组织研究中的一个重要挑战(Glasgow, Klesges, Dzewalowski, Bull&Estarooks, 2004)，这些证据很容易获得，并且可以直接转化为实践(Glasgow, Klesges, Dzewalowski, Bull&Estarooks, 2004)。在特定条件下进行的单一研究无法适用于不同环境，建议在不同人群和不同环境下重复进行研究(Glasgow et al, 2004)。Daly、Douglas 和 Kelley(2005)建议，要使研究有意义，必须考虑实践环境的所有要素。他们建议以先前研究结果为基础进行系列研究，例如围绕某个研究项目可能发生的情况。

通过一系列临床研究，Daly(2005)指出，在护理研究中，可以从描述性研究开始，逐渐转向干预性研究时，允许使用早期描述性研究中确定的适当变量和测量来检验假设。他们发现，专注于一个领域可以让他们的研究团队对这个主题、这个领域的有效测量方法和相关文献有更丰富的理解，能够学到在设计后续研究时如何进行实践层面的考虑。报告说明，这种程序化的研究方法提高了人们对自己研究结果的信心，并能帮助他们避免将原因错误地归因于研究背景。例：有人会将研究错误原因归因于研究是在单一背景下进行的。

Antrobus 和 Kitson(1999)建议对护理领导力进行更广泛地研究。他们指出，领导力研究一直集中在内部，着眼于领导力的性质和目的、领导力的特点以及有抱负的领导者的需求。他们建议应该研究影响领导力更广泛的社会政治因素，以及护理领导者如何制定政策等。

Cummings 等(2008)通过系统的文献回顾，在某些方面证实了教育干预在培养护理领导力行为方面的有效性。为了解决目前研究设计薄弱的问题，作者呼吁制定一个更有力的研究方案，以制定和促进领导力干预措施的形成。所有这些都是需要一个专门资助护理领导力研究的项目。

## 对研究者的推荐意见

### 6.0 研究者应研究护理领导力对护士、患者/客户、组织和系统的影响

#### 证据分析

领导力是护士及其领导工作环境的基础，随着组织对成本控制的关注度逐渐增高，他们面临的压力越来越大(IOM, 2004; McGillis Hall 等, 2005)。Patrick and White (2005) 和 Cummings (2006)呼吁进一步研究护理领导行为与患者、服务对象和护士之间的关系，以明确护理的重要性。也有研究者(Scott 等, 1999; Sullivan 等, 2003; Ward, 2002)指出已发表文章都是描述性的，几乎没有试验性研究。在对领导力研究及其研究结果的系统回顾中，Cummings 等(2008)为护理领导力未来的研究方向和研究方法给出了以下建议：

- 领导者的风格和行为的测量
- 设计配对和随机分组的纵向研究和类试验研究
- 用概率抽样
- 使用长期结局指标和有效领导力的指标
- 更详细地探索领导力特质和领导力特征之间的关系，如教育水平、经验、性别/性别角色，以及文化影响因素对领导力的影响，以加强或发展护理领导力
- 使用多元统计方法，如多层线性模型(HLM)和结构方程模型(SEM)来测试领导力的模型和理论，特别是测量影响领导力发展的因素或干预的因果关系时
- 用定性的方法来研究如何提高护理领导能力
- 评估临床护理（point-of-care nurses）的领导力发展计划

### 6.1 研究者根据营造并维持护理领导力的概念模型开发、实施和评估领导力干预措施。

#### 证据分析

医学研究所(IOM, 2004)2004年的报告指出，管理者应该“在实践中寻找并应用管理的证据”，但它列出了一些阻碍这样做的因素。管理决策通常是由群体做出的，涉及协商、妥协和组织约束等多个方面(Walsh & Rundall, 2001)。此外，对证据使用者的培训也不像对医疗卫生领域专家的培训一样，培训无法保持一致性(Axelsson, 1998; Walsh & Rundall, 2001)。Udod 和 Care(2004)对护士管理者在循证实践中的作用进行研究，结果显示，参与者认为他们缺乏理论及其应用方面的知识。

与其他行业的管理研究相比，医疗卫生管理相关研究所获得的资金支持有限，许多组织缺乏包括用以开展和评价应用研究的数据库，缺少相应的研究规模和研究资源(Kovner 等, 2000; Walston & Kimberly, 1997)。除此以外，大型卫生系统资助的研究通常是私人的，没有被广泛分享，因此研究资金仍不足(Kovner et al., 2000)。

## 6.2 研究者对护士领导角色进行人力资源规划研究

### 证据分析

在当前变化的环境中，有效的卫生人力资源规划至关重要(Tomblin Murphy 等, 2003)。1994年和2002年之间，加拿大取消管理职位导致了护士领导者的管理范围更广，对护士的支持更少 (Bauman et al., 2001; CIHI, 2004; Lowe, 2004; CIHI, 2001; CIHI, 2002a, 2002b)。

一项针对1000多名加拿大急诊护理管理者的研究发现，他们已经适应了管理范围扩大对现状，但大多数人想要降低他们的管理范围，因为他们认为这是对工作安全性的潜在威胁(Laschinger & Wong, 2007)。报告中，她们的平均下属人数为71人，整体管理人数从7人到264人不等。这些管理范围的扩大和不合理的工作量可能使护士领导职位吸引力下降，导致护理领导的招聘更加困难。

人力资源规划需要获得护理领导力的可靠数据。护理人力资源研究项目组(卫生人力资源咨询委员会, 2000)发现，国家数据库中现存数据存在诸多缺陷，这些缺陷数据使得有关护士人力资源供应的问题难以回答。他们建议对人力资源规划的研究应超越供应模式，并检查系统需求。这一建议得到了 Baumann 等的响应(2001)，他们建议开发劳动力市场数据库和人力资源预测工具。

## 6.3 研究者针对护理领导力教育和开发进行了研究

### 证据分析

有证据表明，护士与他们直接主管的关系和工作满意度以及是否意愿继续工作有着重要关系 (Blegen, 1993; Irvine & Evans, 1992; Thomson, Dunleavy & Bruce, 2002)。Thomson 等(2002)指出：“在护士最需要领导的时代，领导队伍却正在减少，这使得护士几乎得不到日常支持，也使她们无法与那些处于领导阶层的人接触，无法为她们辩护”(p. 26)。尽管 Patrick 和 White (2005) 认为很难将领导理论付诸实践，但他们承认培训可以提升领导行为。Cummings 等 (2010) 赞同领导力可以通过具体和专门的培训来培养(2008)。Tourangeau (2003)、McPhee 和 Bouthillette (2008)等发现，集训营式的培训可以加强护士领导行为的建立和发展。

在一项研究领导力开发项目效果的 Meta 分析中，Collins 和 Holton (2004) 发现了变革型领导力的新趋势，但在领导力培训或结果报告方面的研究则很少。他们还发现，很少有实验性研究评估培训、指导或反馈等干预措施的结果。这些作者建议跟踪领导力开发项目的结果。该领域的研究仍需密切关注领导角色形成过程中的促进和障碍因素，以及护理领导力和领导绩效的评估工具。

Cummings 等(2008)通过对领导力培训文献的系统回顾发现，变革型领导力、其他关系型领导风格以及以往的领导经验有助于有效领导。作者建议，未来应对各种领导力培训的干预结果进行研究，以描述课程的长度及类型对增强领导力行为的影响。

## 证据分析

护理领导力的水平决定了护士工作环境的质量(Clifford, 1998; Scott et al., 1999; Upenieks, 2002c)。Clifford (1998)提倡在一个组织中, 护士长的工作应该是标准的, 在行政层面负责护理工作的职能是明确的。在一个组织中, 有一名资深的、有影响力的护士是磁性认证的标准, 而且无数研究表明, 这会带来积极的结果。联合委员会认可的医疗机构(JC)在美国需要由一个具备先进的教育和管理经验的护理管理者提供护理服务、建立和批准标准实践、制定护理政策、实施护理程序并在组织范围内参与质量改进活动 (JCAHO, 2005)。

# 修订和更新健康工作环境最佳实践指南 的流程

安大略省注册护士协会 (RNAO) 建议更新健康工作环境最佳实践指南如下：

1. 每个健康工作环境最佳实践指南将由对应主题领域的专家团队（评审小组）负责，在最后一套修订后每五年完成一次审查。
2. 在制定和修订期间，RNAO 健康工作环境项目的工作人员将定期监测该领域的新的系统回顾和研究。
3. 根据监测结果，项目工作人员可以提早推荐修订计划。与团队（由原始成员和该领域其他专家组成）适当协商，将有助于为提前审查和修订指南提供信息。
4. 在五年审查里程碑的前六个月，项目工作人员将通过以下方式开始规划审查程序：
  - a) 邀请该领域的专家参与评审小组。审查小组将由原小组的成员以及其他推荐的专家组成。
  - b) 汇编在传播阶段收到的反馈和遇到的问题，以及实施地点的其他意见和经验。
  - c) 编写相关文献。
  - d) 制定详细的工作计划，包括目标日期和可交付成果。
5. 修订后的准则将根据既定的结构和程序进行传播。

## 指南的评估和监测

我们鼓励实施《健康工作环境领导最佳实践指南》建议的组织，考虑如何监测和评估其实施情况及其影响。下表基于发展和持续领导的概念模型（图 2），列举了一些关于监测和评价的指标的例子。许多指标可以通过使用附录 B 中概述的与领导模式有关的概念（一种或多种）来衡量。



指标水平	结构	过程	结果	测量
目标	评估使护士能够发展和展示有效领导实践的组织支持	评估与这五种领导实践相关的组织领导过程和领导行为	评估在各级推行指引建议的影响	测量和监测结构、过程和结果的指标
组织单位	<p>在组织内实施领导方针的具体计划</p> <p>组织支持相关的建议明显符合其结构与组织支持有关建议相一致的结构在组织中显而易见</p> <p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 指定高级护士领导角色</li> <li>■ 以提供护理服务为主的一线管理岗位的护士</li> <li>■ 管理人员的管理范围</li> <li>■ 通过护理委员会共享治理</li> <li>■ 为新员工提供全面的培训和培训计划</li> <li>■ 获取领导力发展项目</li> <li>■ 与教育机构合作, 提供正式的领导力教育</li> <li>■ 描述对领导行为的期望</li> </ul>	<p>建立和使用通信机制, 例如:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 时事通讯, 开放的论坛, 电子邮件</li> </ul> <p>适当配备工作量测量工具</p> <p>建立和执行有效领导结果的监测系统, 例如,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 护士满意度,</li> <li>■ 病假时间</li> <li>■ 人事变动人员流动</li> <li>■ 职位空缺时长</li> </ul> <p>通过经济支持和灵活人员配备来促进继续教育</p> <p>实施领导层继任计划</p>	<p>组织成果, 如:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 人事变更率/人员流动率</li> <li>■ 病假时间</li> <li>■ 领导人员稳定性</li> <li>■ 人员留任率/人员保留率</li> </ul>	<p>人力资源统计数据, 与“护士管理人员人数相对于工作人员人数”有关的基线和长期趋势, 离职率, 病假, 所有岗位护理人员的留任情况</p> <p>预计人事变动规模 (Hinshaw &amp; Atwood, 1983, 1985年)</p> <p>护理评估调查 (Maehr &amp; Braskamp, 1986年)</p> <p>护理单位文化评估工具 (Coeling &amp; Simms, 1993)</p> <p>护理工作指数 (Aiken &amp; Patrician, 2000)</p> <p>渥太华医院护理临床和控制决策指标的范围管理模式 (渥太华医院, 2003)</p> <p>高等教育学习人数</p> <p>NWI 继续教育实践环境量表 (Lake, 2002)</p> <p>专业实践环境量表 (Ericsson 等, 2004)</p> <p>加拿大实践环境指数 (Estabrooks 等, 2002年)</p> <p>感知护理工作环境 (Choi, Bakken, Larson, Du &amp; Stone, 2004)</p>

指标水平	结构	过程	结果	测量
护理领导者	<p>为护理领导者和有需求护士提供教育和支持</p> <p>获得领导机会的护士人数</p> <p>获得支持和教育的护士人数</p>	<p>所有角色的护士都表现出与指南中概述的相关行为证明的 5 种领导实践相关的领导能力</p> <p>定期进行绩效评估, 包括自我评估</p> <p>领导行为是绩效考核的一部分</p>	<p>护士的结果, 如:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 护士满意度</li> <li>■ 倦怠感</li> <li>■ 动力感积极性</li> <li>■ 组织认同感</li> </ul> <p>实习护士的研究结果, 如:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 学习经验质量评估</li> <li>■ 对护理和学习经验的满意度</li> </ul>	<p>护士组织环境描述问卷 (Duxbury, Henly, &amp; Armstrong, 1982 年)</p> <p>领导行为描述问卷 (Stogdill, 1963 年)</p> <p>领导力实践清单 (Kouzes &amp; Posner, 1988)</p> <p>支持性领导风格-护士长支持量表和领导支持量表 (McGilton, 2003)</p> <p>护理行为六维量表 (Schwirian, 1978)</p> <p>职业倦怠量表 (Maslach &amp; Jackson, 1986 年)</p> <p>工作满意度指数 (Stamps &amp; Piedmonte, 1986)</p> <p>组织承诺量表 (Porter, Steers, Mowday, &amp; Boulian, 1974)</p> <p>护士工作满意度量表 (Hinshaw and Atwood, 1983-1985 年)</p> <p>工作满意度量表 (Hinshaw and Atwood, 1983-1985)</p>
患者	<p>质量改进计划到位</p>	<p>持续监测领导决策对患者、资源分配和质量的影响</p> <p>向患者提供护理反馈渠道, 并使其易于访问</p>	<p>患者对护理服务的满意度</p> <p>记录患者对护理的反馈</p> <p>未解决护理问题的数量</p>	<p>护理满意度问卷 (Eriksen, 2005)</p>

财政的			节省招聘和留任费用	
			节省病假费用 节省加班费用	

# 文献列表

- Abraham, P. (2011). Developing Nurse Leaders: A program enhancing staff nurse leadership skills and professionalism. *Nursing Administration Quarterly*, 35(4), 306 - 312.
- Adams, C. (1994). Innovative behaviour in nurse executives. *Nursing Management*, 25(5), 44-47.
- Advisory Committee on Health Human Resources (2000). *The Advisory Committee on Health Human Resources*. The Nursing Strategy for Canada. October 2000. Retrieved May 13, 2005 from: <http://www.hc-sc.gc.ca>
- Aiken, L., & Patrician, P., (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49, 146-153.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L., Smith, H., & Lake, E. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(5), 771-787.
- Aiken, L., Sochalski, J., & Lake, E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11), NS6-NS18.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Allen, T.D., Eby, L.T., Poteet, M.L., Lentz, E., Lima, L. (2004). Career Benefits Associated with Mentoring for Proteges: A Meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 89(1), 127-136.
- Altieri, L. (1995). Transformational and transactional leadership in hospital nurse executives in the commonwealth of Pennsylvania: A descriptive study. (Doctoral dissertation, George Mason University).
- American Association of Colleges of Nursing (AACN) Task Force on Hallmarks of the Professional Practice Setting. (2002). *Hallmarks of the professional nursing practice environment*. January, 2002. AACN. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.aacn.nche.edu/Publications/positions/hallmarks.htm>
- American Nurses Association [ANA]. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Anderson, B. & Manno, M. (2010) Listening to nurse leaders: Using national database of nursing quality indicators data to study excellence in nursing leadership. *The Journal of Nursing Administration*, 40(4), 182-187.
- Anderson, D., & Ackerman Anderson, L. (2001). *Beyond change management: Advanced strategies for today's transformational leaders*. San Francisco: Jossey Bass/Pfeiffer.
- Anderson, R., Corazzini, K., & McDaniel, R. Jr. (2004). Complexity science and the dynamics of climate and communication: Reducing nursing home turnover. *The Gerontologist*, 44(3), 378-388.
- Anderson, R., Issel, L., & McDaniel, R., Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: Relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52, 12-21.
- Antrobus, S., & Kitson, A. (1999). Nursing leadership: Influencing and shaping health policy and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 746-753.
- Apker, J., Zabava Ford, W., & Fox, D. (2003). Predicting nurses' organizational and professional identification: The effect of nursing roles, professional autonomy and supportive communication. *Nursing Economic*, 21(5), 226-232.
- Argyris, C., & Schön, D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and Practice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Arnetz, B. & Blomkvist, V. (2007). Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care

- organizations. Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76, 242-248.
- Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author.
- Avolio, B. J., Zhu, W., Koh, W., & Bhatia, P. (2004) Transformational leadership and organizational commitment: Mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behaviour*, 25(8), 951-968.
- Axelsson, R. (1998). Towards an evidence-based health care management. *International Journal of Health Planning and Management*, 13, 307-317.
- Baguley, K. (1999). Workplace Empowerment, Job Strain and Affective Organizational Commitment in Critical Care Nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behaviour. (Master's thesis, University of Western Ontario).
- Baird, A., & St-Amand, R. (1995). *Trust within the organization part 2 - Building Trust*. Retrieved August 27, 2004 from: [http://www.pscfcp.gc.ca/publications/monogra/mono2\\_e.htm](http://www.pscfcp.gc.ca/publications/monogra/mono2_e.htm)
- Baker, C.M., Ogden, S.J., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., Nickleson, L.E. (1999). Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Ballein Search Partners. (2003). *Why senior nursing officers matter: A national survey of nursing executives*. Retrieved February 23, 2005 from Website of American Organization of Nurse Executives: [www.hospitalconnect.com/aone/docs/03sno-survey.pdf](http://www.hospitalconnect.com/aone/docs/03sno-survey.pdf)
- Barger, S. (2004). An academic-service partnership: Ideas that work. *Journal of Professional Nursing*, 20, 97-102.
- Bar-On, R. (1987). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: User's manual*. Toronto, ON: Multi-health Systems.
- Barry-Walker, J. (2000). The impact of system redesign on staff, patient and financial outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 77-89.
- Bass, B. (1995). *Multifactor Leadership Questionnaire*. Binghamton, NY: State University of New York.
- Bass, B., & Avolio, B. (1990). The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. *Research in Organizational Change and Development*, 4, 231-272.
- Bauman, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). *Commitment and care - The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and the Change Foundation.
- Beaulieu, R., Shamian, J., Donner, G., & Pringle, D. (1997). Empowerment and commitment of nurses in long-term care. *Nursing Economics*, 15(1), 32-41.
- Bell, J. & Breslin, J. M. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA's Healthcare Law, Ethics, & Regulation*, 10(4), 94-97.
- Berwick D. (1996). Harvesting knowledge from improvement (editorial). *The Journal of the American Medical Association*, 275, 877- 878.
- Bethune, G. (2005). *Performance improvement: The leadership perspective*. *Excellence in Nursing Knowledge*. Retrieved 3/15/2005 from: <http://www.nursingknowledge.org/Portal/mian.aspx?PateIde=3514&IssueNo=7&ArticleNo>
- Blais, K., Hayes, H., Kozier, B., & Erb, G. (2002). *Professional nursing practice concepts and perspectives*, 4th Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Blanchfield, K., & Biordi, D. (1996). Power in practice: A study of nursing authority and autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 20(3), 42-46.
- Blanzola, C., Lindeman, R., & King, M.L. (2004). Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence, and competency. *Journal for Nurses in Staff Development*, 2(20), 27-37.
- Blegen, M. (1993). Nurses' job satisfaction: meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41
- Blegen, M., & Good, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L., Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.
- Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196 - 203.
- Bliss-Holtz, J., Winter, N., & Scherer, E. (2004). An invitation to magnet accreditation. *Nursing Management*, 35(9), 36-42.
- Block, P. (1987). *The empowered manager*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bono, J. E., Foldes, H. J., Vinson, G., & Muros, J. P. (2007). Workplace emotions: the role of supervision and leadership. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1357-1367.
- Boughn, S. (1995). An instrument for measuring autonomy-related attitudes and behaviours in women nursing students. *Journal of Nursing Education*, 34, 106-113.
- Boumans, N., & Landeweerd, J. (1993). Leadership in the nursing unit: Relationships with nurses' well being. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 767-775.
- Bournes, D.A. & Ferguson-Pare, M. (2007). Human becoming and 80/20. An innovative professional development model for nurses. *Nursing Science quarterly*, 20(3), 237 -253.
- Bousfield, C. (1997). A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 245-256.
- Bowman, D. *The five best ways to build - and lose - trust in the workplace*. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.ttgconsultants.com/articles/trustworkforce.html>
- Boyle S.M. (2004). Nursing unit characteristics and patient outcomes. *Nursing Economics*, 3(22) 111-119.
- Boyle, D., Bott, M., Hansen, H., Woods, C., & Taunton, R. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.
- Boyle, D.K., & Kochinda, C. (2004). Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *The Journal of Nursing Administration*, 34(2), 60-70.
- Branch, C., & Fraser, I. (2001). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? *Medical Care Research and Review*, 57(1), 181-217.
- Brody, A.A., Barnes, K., Ruble, C., Sakowski, J (2012). Evidence-based practice council's potential path to staff nurse empowerment and leadership growth. *Journal of Nursing Administration*, 42(1), 28-33.
- Broome, K., Knight, D., Edwards, J., & Flynn, P. (2009). Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 160-170.
- Bryman, A., Bensen, M., Beadsworth, A., Ford, J., & Keil, E. (1987). The concept of the temporary system: The case of the construction project. *Research in the Sociology of Organizations*, 5, 253-283.
- Buckingham, M., & Coffman, C. (1999). *First break all the rules*. New York: Simon and Schuster.
- Bunderson, J. (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behaviour*, 22, 717-741.
- Burner, O. (1983). The organizational structure of air force hospitals and its effect on management of nursing services. (Doctoral Dissertation, Claremont Graduate School).
- Burns, J. (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing.

*Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324.

Campbell, S.L., Fowles, E.R., & Weber, B.J. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nursing*, 6(21), 564-71.

Canadian College of Healthcare Leaders [CCHL]. (2010). *The LEADS in a Caring Environment Capabilities Framework*. Retrieved from <http://www.leadersforlife.ca/>.

Canadian Health Services Research Foundation (2004). *Listening for direction II. National consultation on health services and policy issues for 2004-2007*. Ottawa, ON: Author.

Canadian Health Services Research Foundation. *Key research themes - Nursing leadership organization and policy*. Retrieved from the CHSRF website June 2, 2005: [http://www.chsrf.ca/research\\_themes/nlop\\_e.php](http://www.chsrf.ca/research_themes/nlop_e.php)

Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2001). *Supply and distribution of Registered Nurses in Canada, 2000*. Ottawa, ON: Author.

Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2002a). *Supply and distribution of Registered Nurses in Canada, 2001*. Ottawa, ON: Author. Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2002b). *Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Author.

Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2004). *Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2004*. Ottawa, ON: Author.

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). First Minister's Meeting Communiqué on Health. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.

Canadian Nurse Association [CNA]. (2012). Expert Commission (June, 2012). *A Nursing Call to Action: The health of our nation, the future of our health system*. Retrieved from <http://www.cna-aiic.ca/expertcommission/>

Canadian Nurse Association [CNA]. (2012). Expert Commission (June, 2012). *A Nursing Call to Action: The health of our nation, the future of our health system*. Retrieved from <http://www.cna-aiic.ca/expertcommission/>

Canadian Nurses Association [CNA]. (2001). *Quality professional practice environments for Registered Nurses*. Ottawa, ON: Author.

Canadian Nurses Association [CNA]. (2002). *Planning for the future: Nursing human resource projections*. Ottawa, ON: Author

Canadian Nurses Association [CNA]. (2003a). *Succession planning for nursing leadership*. Ottawa, ON: Author.

Canadian Nurses Association [CNA]. (2003b). *Ethical distress in health care environments. Ethics in practice for Registered Nurses*. Retrieved February 23, 2005 from: [http://www.cna-nurses.ca/cna/practice/ethics/inpractice/default\\_e.aspx](http://www.cna-nurses.ca/cna/practice/ethics/inpractice/default_e.aspx)

Canadian Nurses Association [CNA]. (2005). *Nursing leadership in a changing world. Nursing Now, Issues and Trends in Canadian Nursing*, 18(1). Retrieved April 22, 2005 from: <http://www.cna-nurses.ca/cna/>

Canadian Nurses Association [CNA]. (2011). *2009 WORKFORCE PROFILE of Registered Nurses in Canada*. Retrieved from: [http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/2009\\_RN\\_Snapshot\\_e.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/2009_RN_Snapshot_e.pdf)

Canadian Nursing Advisory Committee [CNAC]. (2002). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses*. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.

Cardin, S. (1995). Outcomes of unit effectiveness in relation to the leadership role of nurse managers in critical care nursing. (Doctoral dissertation, University of California)

Carney, M. (2004). Middle manager involvement in strategy development in not-for profit organizations: the director of nursing perspective - how organizational structure impacts on the role. *Journal of Nursing Management*, 1(12), 13-21.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*, 1(1), 13-23.

Cartwright, N. (2007). *Hunting causes and using htem: Approaches in philosophy and economics*. New York: Cambridge University Press.

Cathcart, D., Jeska, S., Karnas, J., Miller, S. Pechacek, J., & Rheault, L. (2004). Span of control matters. *Journal of Nursing Administration*, 34(9),

395 - 399.

- Chandler, G. (1986). The relationship of nursing work environments to empowerment and powerlessness. (Doctoral Dissertation, University of Utah).
- Cherniss, C., Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K., & Adler, M. (1998). *A technical report issued by the Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations*. Retrieved April 21, 2004 from: [http://www.eiconsortium.org/research/technical\\_report.htm](http://www.eiconsortium.org/research/technical_report.htm)
- ChiokFoongLoke, J. (2001). Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 9(4), 191-204.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.
- Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, P.W. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*, 53, 370-8.
- Clarke, M. & Oxman, A.D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook*, 4th Ed.. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration.
- Clifford, J. (1998). *Restructuring: The Impact of hospital organization on nursing leadership*. San Francisco, CA: American Hospital Association.
- Cochrane Collaboration. *Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions*. Retrieved May 7, 2005 from: <http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels>
- Coeling, H., & Simms, L. (1993). Facilitating innovation at the nursing unit level through cultural assessment, part 1: How to keep management ideas from falling on deaf ears. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 46-53.
- Coff, R., & Rousseau, D. (2000). *Sustainable competitive advantage and employability: Is it a "win-win" situation?* In Leana, C.R. and Rousseau, D.M. (Eds.). *Relational wealth: The advantages of stability in a changing economy*. Oxford: Oxford University Press.
- Coile, R. (1999). Magnet hospitals: Ten Strategies to becoming a model nursing employer. *Russ Coile's Health Trends*, 11(8), 1-4.
- College of Nurses of Ontario [CNO]. (2002). *Professional standards*. Toronto, ON: Author
- Collins, D. (2002). The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982-2001. (Doctoral dissertation. Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College).
- Collins, D., & Holton, E. (2004). The Effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982 to 2001. *Human Resources Development Quarterly*, 15(2), 217-248.
- Conchie, B. (2004). The seven demands of leadership. What separates great leaders from all the rest? *Gallup Management Journal*, May 13, 2004. Retrieved December 8, 2004 from: <http://gmj.gallup.com/content/default.asp?ci=11614>
- Conger, J., & Kanungo, J. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Cook, J., & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.
- Cook, M. (2001). The renaissance of clinical leadership. *International nursing review*, 48, 38-46.
- Cooke, R., & Lafferty, J. (1987). *Organizational Culture Inventory (OCI)*. Plymouth, MI: Human Synergistics.
- Cooper, M., & Wheeler, M. M. (2010). Building successful mentoring relationships. *Canadian Nurse*, 106(7),



- Cooperrider, D., & Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life part 2. *Research in Organizational Change and Development*, 1, 129-169.
- Corley, M. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), 280-285.
- Corley, M., Elswick, R., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Corrigan, P., Lickey, S., Campion, J., & Rashid, F. (2000). Mental health team leadership and consumers' satisfaction and quality of life. *Psychiatric Services*, 51(6), 781-785.
- Council of Ontario University Programs in Nursing [COUPN]. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto, ON: Author.
- Covey, S.R., (1990). *The 7 Habits of Highly Effective People*, New York: Simon & Schuster.
- Cronkrite, L. (1991). Role of the hospital nursing administrator in a changing health care environment - A study of conflicts and values. (Doctoral dissertation, University of Milwaukee).
- Crossley, J. (1993). Chief nursing officer governing body proximity, direct reporting relationship and professionalism as predictors of chief nursing officer role conflict and role ambiguity. *Dissertation Abstracts International*, 54 (4), 1, 887B.
- Cummings, C., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., & et al. (2008). Factors contributing to nursing leadership" a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 240-248.
- Cummings, G. G. (2004) Investing relational energy: The hallmark of resonant leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 17(4), 76-87
- Cummings, G. G. (2006). Hospital restructuring and nursing leadership: a journey from research question to research program. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4), 321-329.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., et al. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 363-385.
- Cummings, G., & Estabrooks, C. (2003). The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact. *International Journal of Sociology and Policy*. 23(8/9), 8-53.
- Cummings, G., & McLennan, M. (2005). Advanced practice nursing. Leadership to effect policy change. *Journal of Nursing Administration*, 35(2), 61- 66.
- Cummings, G., Hayduk, L., & Estabrooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 2(54) 2-12.
- Cummings, G.G, Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 508-518.
- Cunningham, G., & Kitson, A. (2000a). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 1). *Nursing Standard*, 15(12), 34-37.
- Cunningham, G., & Kitson, A. (2000b). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 2). *Nursing Standard*, 15(13-15), 34-40.
- Daly, B., Douglas, S., & Kelley, C. (2005). Benefits and challenges of developing a program of research. *Western Journal of Nursing Research*, 27(3), 364-377.
- Davenport, T., DeLong, D., & Beers, M. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan Management Review*, 39(2), 43-57.
- Davidson, P. M., Elliott, D., & Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 180-187.

December 31, 1998. Retrieved on February 22, 2005 from:  
[http://www.nursingworld.org/ojin/topic8/topic8\\_1.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic8/topic8_1.htm)

*Definitions of Fairness.* Retrieved June 2, 2005, from:  
<http://www.google.ca/search?hl=en&lr=&oi=defmore&q=define:fairness> www.cogsci.  
princeton.edu/cgi-bin/webwn

DeLong, D., & Fahey, L. (2000). Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive, 14*(4), 113-127.

Dempster, J. (1991). *Dempster practice behaviours scale. Instrumentation for measurement of autonomy.* Los Angeles, CA: American Nurses Council of Nurse Researchers Meeting, 1991 Proceedings.

Devine, G., & Turnbull, L. (2002). *Nurses' definitions of respect and autonomy in the workplace: Summary of focus groups with Canadian nurses.*

Retrieved May 4, 2005 from: [www.hc-sc.gc.ca/english/for-you/nursing/cnac/report/appendixC.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/for-you/nursing/cnac/report/appendixC.htm)

Dickson, G. (2008). *Genesis of the leaders for life framework.* Victoria, BC: Leaders for Life (HCLABC).

Dirks, K., & Ferrin, D. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for organizational research. *Journal of Applied Psychology, 87,* 611-628.

Disch, J., Walton, M., & Barnsteiner, J. (2001). The role of the clinical nurse specialist in creating a healthy work environment. *AACN Clinical Issues, 12*(3), 345-355.

Disch, J., Dreher, M., Davidson, P., Sinioris, M., & Waino, J. (2011). The role of the chief nursing officer in ensuring patient safety and quality. *Journal of Nursing Administration, 41* (4), 179-185.

Donaldson, N., & Rutledge, D. (1998). Expediting the harvest and transfer of knowledge for practice in nursing: Catalyst for a journal. *The Online Journal of Clinical Innovations, 1*(2), 1-25.

Donner, G. & Wheeler, M. (2009). *Coaching in Nursing: An introduction.* International Council of Nurses and The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International.

Doran, D., Koh, M., Dick, A., Heys, L., VanWirchen, C., Yim, O. (2012). *Leading practices and programs for developing leadership among health care professionals at the point-of-care. Final Report for MOHLTC.* Retrieved from Nursing Health Services Research Unit:  
[http://www.nhsru.com/wp-content/uploads/FINAL-for-Website-No-Appendix\\_Developing-Leadership-at-the-Point-of-care-Report\\_March2012.pdf](http://www.nhsru.com/wp-content/uploads/FINAL-for-Website-No-Appendix_Developing-Leadership-at-the-Point-of-care-Report_March2012.pdf)

Dreachslin, J. (2002). Communication: Bridging the racial and ethnic divide in health care management. *Health Care Manager, 20*(4), 10-18. Drucker, P. (1990). *Managing the non-profit organization. Principles and practices.* New York: Harper Collins Publishers.

Dubuc, L. (1995). Job empowerment and commitment in military nursing: An extension study. (Master's thesis, University of Western Ontario).

Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C., & King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia, 16*(1), 11-17.

Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality, 10*(3), 46 - 58.

Dunham, J., & Fisher, E. (1990). Nurse executive profile of excellent nursing leadership. *Nursing Administration Quarterly, 15*(1), 1-5.

Dunham-Taylor, J. (1995). Identifying the best in nurse executive leadership, Part 2, interview results. *Journal of Nursing Administration, 25*(7), 24-31.

Dunleavy, J., Shamian, J., Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse,*

99(3), 23-26.

Duxbury, L., & Higgins, C. (2003). *Work-life conflict in Canada in the new millennium. A status report*. Retrieved February 15, 2006 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/work-travail/report2/index.html>

Duxbury, M., Henly, G., & Armstrong, G. (1982). Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care units. *Nursing Research*, 32(2), 83-88.

Ekvall, G., Arvonen, J., & Waldenstrom-Lindbald, I. (1983). *Creative organizational climate, construction and validation of a measuring instrument*. Stockholm: Fa-institute.

Emmerling, R., & Goleman, D. (2003). (October). *Emotional intelligence issues and common misunderstandings*. Retrieved June 8, 2005 from: <http://eqi.org/gole3.htm>

Englebart, S. (1993). The relationship of nurse manager behaviours and characteristics to subordinates' perceptions of the work unit climate. (Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University)

Erickson, J., Hamilton, G., Jones, D., & Ditomassi, M. (2003). The value of collaborative governance/staff empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 96-104.

Erickson, M., Duffy, M., Gibbons, P., Fitzmaurice, J., Ditomassi, M., & Jones, D. (2004). Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Environment (PPE) scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 279-285.

Eriksen, L. (1988). Satisfaction with nursing care questionnaire. (Revised). Retrieved June 1, 2005 from: <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/ASP/instruments.asp?Instruments=Satisfaction+with+Nursing+Care+Questionnaire+%28revised%29>

Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

Estabrooks, C., Tourangeau, A., Humphrey, C., Hesketh, K., Giovannetti, P., Thomson, D., et al. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 256-68.

Evans, J. (1992). *A preliminary study to develop an instrument to measure head-nurse self-efficacy*. Abstract from 5<sup>th</sup> national conference on Nursing Administration Research.

Farley, M. (1989). Assessing communication in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 19(12), 27-31.

Fenton, M. (1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 1, 8-11.

Ferguson-Paré, M. (1998). Nursing leadership and autonomous professional practice of Registered Nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(2), 7-30.

Ferguson-Paré, M., Mitchell, G., Perkin, K., & Stevenson, L. (2002). Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) background paper on leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 4-8.

Field, M., & Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.

First Ministers' Meeting on the Future of Health Care (2004). Retrieved from Nov 2004 - June 2005: <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>

Fletcher, C. (2001). Hospital RNs' job satisfaction and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration*, 31(6), 324-31.

Foley, R., & Wurmser, T.A. (2004). Culture Diversity/A Mobile Workforce Command Creative Leadership, New Partnerships, and Innovative Approaches to Integration. *Nursing Administration Quarterly*, 28(2), 122-128.

Fox, R., Fox, D., & Wells, P. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*, 29(9), 12-18.

Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, (4), 78-91.

Gasper, J. (1992). Transformational Leadership: An integrative review of the literature. (Doctoral

dissertation, Western Michigan University).

- Gaudine, A., & Beaton, M. (2002). Employed to go against one's values: Nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Canadian Journal of Nursing Research, 34*(2), 17-34.
- Gelinas, L., & Manthey, M. (1997). The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration, 27*(10), 35-42.
- George, V., Burke, L., Rodgers, B., Duthie, N., Hoffmann, M., Koceja, V., et al. (2002). Developing staff nurse shared leadership behaviour in professional nursing practice. *Nursing Administration Quarterly, 26*(3), 44-59
- Giber, D., Carter, L., & Goldsmith, M. (2000). *Best practices in leadership development handbook*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gifford W.A., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence: An integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 4*(3), 126-145
- Gifford, B., Zammuto, R., & Goodman, E. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management, 47*(1), 13-25.
- Gifford, W.A., Davies, B., Graham, I.D., Lefebvre, N., Tourangeau, A.E., Woodend, K. (2008). A mixed methods pilot study with a cluster randomized control trial to evaluate the impact of a leadership intervention on guideline implementation in home care nursing. *Implementation Science, 3*, 1-10
- Gifford, W.A., Davies, B., Tourangeau, A.E., Lefebvre, N. (2011). Developing team leadership to facilitate guideline utilization: Planning and evaluating a three month intervention strategy. *Journal of Nursing Management, 19*(1), 121-132
- Gifford, W.A., Davies, B.L., Tourangeau, A.E., Woodend, K., Lefebvre, N. (2013). Developing Leadership Capacity for Guideline Use: A Pilot Cluster Randomized Control Trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 10*(1), 51-65.
- Gil, F., Rico, R., Alcover, C. M., Barrasa, A. (2005). Change-oriented leadership, satisfaction and performance in work groups: Effects of team climate and group potency. *Journal of Managerial Psychology, 20*(3/4), 312-328.
- Gillert, A., & Chuzishevili, G. (2004) Dealing with Diversity; A Matter of Beliefs. *Industrial and Commercial Training, 36*(40), 166-170.
- Gillespie, A. & Mann, L. (2004) Transformational leadership and shared values: The building blocks of trust. *Journal of Managerial Psychology, 19*(6), 588-607.
- Gittell, J. (2001). Supervisory span, relational coordination and flight departure performance: A reassessment of postbureaucracy theory. *Organization Science, 12*, 468-483.
- Glasgow, R.E., Klesges, L.M., Dzewaltowski, D.A., Bull, S.S., & Estabrooks, P. (2004). The future of health behavior change research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine, 27*(1), 3-12.
- Goddard, M., & Laschinger, H. (1997). Nurse managers' perceptions of power and opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration, 10*(2), 40-66.
- Gokenbach, V. (2004). The effects of an empowerment model intervention on registered nurse turnover and absenteeism. (Doctoral dissertation, University of Phoenix).
- Goldhaber, G., & Rogers, D. (1979). *Auditing organizational communication systems: The ICA communication audit*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *The New Leaders: Transforming the Art of Leadership Into the*

- Science of Results*. London, England: Little, Brown.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee. (2002). *Primal leadership: Recognizing the power of emotional intelligence*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Goodman, P. (2001). *Missing organizational linkages: Tools for cross-level organizational research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Government of Quebec. (1994). *An Act respecting health services and social services. R.S.Q., chapter S-4.2*. (Updated to 5 July 1994. Last amendment 17 June, 1994).
- Govers, M. (1997). Workplace empowerment and job performance in ambulatory care. (Master's thesis, University of Western Ontario).
- Greenberg, L. (1996). *Allowing and accepting emotional experience*. In: Kavanaugh, R., Zimmerberg, B., Fein, S. (Eds.), *Emotion: Interdisciplinary perspectives*. pp. 315-336. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Griffin, P., El-Jardali, F., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., & Shamian, J. (2008). *A comprehensive conceptual model for healthy work environments for nurses*. [Slide presentation]. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Griffiths, P., Renz, A., Hughes, J., & Rafferty, A. M. (2009). Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *Journal of Hospital Infection*, 73(1), 1-14.
- Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
- Grinspun, D. (2010). *The Social Construction of Nursing Caring*. (Doctoral Dissertation, York University).
- Grossman, J., & Mackenzie, F.J. (2005). The randomized controlled trial: gold standard, or merely standard? *Perspectives in biology and medicine*, 48(4), 516-534.
- Gullo, S.R., & Gerstle, D.S. (2004). Transformational leadership and hospital restructuring: a descriptive study. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11(5) 259-66.
- Haines, J. (1993). *Leading in a time of change. The challenge for the nursing profession - A discussion paper*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
- Hanna, L. (1999). Lead the way, leader. *Nursing Management*, 30(11), 36-39.
- Hansen, M., Nohria, N., & Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing knowledge? *Harvard Business Review*, 77(2), 106-116.
- Harrison, R. (1992). *Diagnosing organizational culture*. New York: Pfeiffer.
- Harvard Business Review. (2001). *Managing Diversity*. Harvard Business School Press.
- Hatcher, S. (1993). The relationship between power perceptions of nurse managers and burnout: A test of Kanter's theory of structural power. (Unpublished Masters thesis, University of Western Ontario).
- Hatcher, S., & Laschinger, H. (1996). Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2), 74-94.
- Havens, D., & Vasey, J. (2003). Measuring staff nurse decisional involvement: decisional involvement scale. *Journal of Nursing Administration*, 33(6), 331-336.
- Health Canada 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. Retrieved May 5, 2005 from: [www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health\\_accord.pdf](http://www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf)
- Health Canada. *Office of Nursing Policy*. Retrieved October 6, 2005 from: [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/ntp-bps/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/ntp-bps/index_e.html)
- Hechanova-Alampay, R., & Beehr, T. (2001). Empowerment, span of control, and safety performance in work teams after workforce reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 275-282.
- Heeley, F. (1998). Leading with integrity: How to balance conflicting values. *Health Progress*, 79(5), 60-62.

- Heifetz, R., & Laurie, D. (2001). The work of leadership. *Harvard Business Review*, (2), 106-117.
- Heller, F. (2003). Participation and power: A critical assessment. *Applied Psychology: An International Review*, 52, 144-163.
- Hemman E. (2000). Leadership profiles of senior nurse executives *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(1), 21-30.
- Henderson, A. (2003). Nurses and workplace violence: Nurses' experience of verbal and physical abuse at work. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(4), 82-98.
- Herbert, R., & Edgar, L. (2004). Emotional intelligence: A primal dimension of nursing leadership? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 56-63.
- Herold, D. M., Fedor, D. B., Caldwell, S., & Liu, Y. (2008). The effects of transformational and change leadership on employees' commitment to a change: a multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 346-357.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1988). *Management of organizational behaviour: Utilizing human resources*. (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hinshaw, A. (1986). *Socialization and resocialization of nurses for professional nursing practice*. In: Hein, E.C., Nicholson, M.E. (Eds.), *Contemporary leadership behaviour: Selected readings*, 2nd ed. Boston: MA: Little, Brown.
- Hinshaw, A., & Atwood, J. (1980). Anticipated turnover study: A pilot stage Instrument. (Abstract). *Communicating Nursing Research*, 12, 56-56.
- Hinshaw, A., & Atwood, J. (1983-1985). *Anticipated turnover among nursing staff study*. Final report pp.292-305). DHHS Division of Nursing Grant No. 1 R01 NU00908, U. S. Department of Health and Human Services, Division of Nursing, Rockville, MD.
- Hood, J., & Smith, H. (1994). Quality of work life in home care: The contribution of leaders' personal concern for staff. *Journal of Nursing Administration*, 24(1), 40-47.
- Houghton Mifflin Company. (1995). Identity. *Roget's II: The New Thesaurus*. 3rd ed. Retrieved June 6, 2005 from: Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>
- Houghton Mifflin Company. (2004). Identity. *The American heritage dictionary of the English language*. 4th ed. Retrieved June 6, 2005 from: Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>
- Howard, A. (1997). *The empowering leader: Unrealized opportunities*. In: *The Balance of Leadership and Followership Working Papers*, Baltimore, MD: Academy of Leadership Press.
- Huber, D., Maas, M., McCloskey, J., Scherb, C., Goode, C., & Watson, C. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30(5), 251-272.
- Huffman, J. (1995). *Staff nurses' perceptions of work empowerment and control over nursing practice in community hospital settings*. (Master's thesis, University of Western Ontario).
- Hui, C. (1994). Effects of leader empowerment behaviours and follower's personal control, voice and self-efficacy on inrole and extra-role performance. An extension of Conger and Kanungo's empowerment process model. (Doctoral dissertation, Indiana University)
- Hurst, J. (1996). Building hospital TQM teams: Effective polarity analysis and maximization. *The Health Care Supervisor*, 15(1), 68-75.
- Huy, Q. (2002). Emotional balancing of organizational continuity and radical change: The contribution of middle managers. *Administrative Science Quarterly*, 47, 31-69.
- Ingersoll, G., Fisher, Ross, B., Soja, M., & Kidd, N. (2001). Employee response to major organizational redesign. *Applied Nursing Research*, 14(1), 18-28.
- Institute of Medicine of the National Academies [IOM], Board on Health Care Services. (2004). *Keeping patients*

- safe: Transforming the work environment of nurses.* Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine of the National Academies [IOM]. (2010). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health.* Washington, DC: National Academy Press.
- Irvine, D., & Evans, M. (1992). Job satisfaction and turnover among nurses: A review and meta-analysis. *Quality of Nursing Worklife Research Unit Monograph Series.* Toronto, Canada.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.
- Jeans, M., & Rowat, K. (2005). *Competencies required of nurse managers: Identifying the skills, personal attributes and knowledge required of nurse managers, and the enablers and barriers for nurse managers to acquire and sustain these competencies. The pulse of renewal: A focus on nursing human resources. May, 2005. Special report.* Toronto, ON: Canadian Journal of Nursing Leadership.
- Jeffs, L., MacMillan, K., McKey, C., & Ferris, E. (2009). Nursing leaders' accountability to narrow the safety chasm: insights and implications from the collective evidence base on healthcare safety. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 22*(1), 86-98.
- Johnson, B. (1996). *Polarity management: Identifying and managing unsolvable problems.* Amherst, MA: HRD.
- Johnson, D., & Johnson, R. (1995). *Social interdependence, cooperative learning in education.* In: B.B. Bunker and J.Z. Rubin (Eds.), *Conflict, cooperation and justice.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]. JCAHO Standards and Reference Crosswalk Contents.* Retrieved June 2, 2005 from: [http://www.wramc.army.mil/JCAHO/Division.cfm?d\\_Id=13](http://www.wramc.army.mil/JCAHO/Division.cfm?d_Id=13)
- Jones, K. (2005). Leading an empowered organization (LEO): does it work?. [Review] *British Journal of Community Nursing, 10,* 92-6.
- Jones, L., Soeken, K., & Guberski, T. (1986). Development of an instrument to measure self-reported leadership behaviours of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing, 3,* 180-185.
- Joni, S. (2004). The geography of trust. *Harvard Business Review, 82,* 83-88
- Judkins, S.K. (2004). Stress among nurse managers: can anything help? *Nurse Researcher, 12,* 58-70.
- Kanter, R (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Business Review, 57*(4), 65-75.
- Kanter, R. (1993). *Men and women of the corporation .2nd ed.* New York: Basic Books.
- Kanter, R. (1999). The enduring skills of change leaders. *Leader to Leader, 13*(3). Retrieved April 29, 2004 from: <http://www.pfdf.org/leaderbooks/121summer99/kanter.html>
- Kanungo, R. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology, 67,* 341-349.
- Katz, R. (1982). The effects of group longevity on project communication and performance. *Administrative Science Quarterly, 27,* 81-104. Katzman, E., (1989). Nurses' and physicians' perceptions of nursing authority. *Journal of Professional Nursing, 5*(4), 208-214.
- Kemerer, R. (2003). *Leadership: What works in the real health care world.* Healthcare Papers, 4(1), 37-38.
- Kilty, H. (2003). *Nursing leadership development in Canada. A descriptive status report and analysis of leadership programs, approaches and strategies: Domains and competencies; knowledge and skills; gaps and opportunities.* Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
- King, T. (2000). Paradigms of Canadian nurse managers: Lenses for viewing leadership and management. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 12*(1), 15-20.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care, 7*(3), 149-158.
- Knox, S., & Irving, J. (1997b). Nurse manager perceptions of health care executive behaviours during organizational change. *Journal of Nursing Administration, 27*(11), 33-39.

- Knox, S., & Irving, J., (1997a). An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 39-47.
- Kofman, R. (1994). Check-in, check-out: A tool for real conversations. *The Systems Thinker*, 5(4), 8-9.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kouzes, J., & Posner, B. (1988). *The Leadership Practices Inventory*. San Diego, CA: Pfeiffer.
- Kouzes, J., & Posner, B. (1995). *The leadership challenge. How to keep getting extraordinary things done in organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kovner, A., Elton, J., & Billings, J. (2000). Transforming health management: An evidence-based approach. *Frontiers of Health Services Management*, 16(4), 3-24.
- Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51, 13-19. Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004). Essentials of a magnetic work environment: part 3. *Nursing*, 8(34) 44-7.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals - Part I: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18(1), 13-24. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals - Part II: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18(2), 1- 11.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2002). *Staff nurses identify essentials of magnetism* In: McClure, M., Hinshaw, A. (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Krecci, J. (1999). Changing roles in nursing: Perceptions of nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 21-29.
- Kroposki, M., Murdaugh, C., Tavakoli, A., & Parsons, M. (1999). Role clarity, organizational commitment and job satisfaction during hospital reengineering. *Nursing Connections*, 12(1), 27-34.
- Krugman, M. & Smith, V. (2003). Charge nurse leadership development and evaluation. *Journal of nurse in staff development*, 33(5), 284 -292.
- Krugman, M. (1989). *An investigation of the relationship between nurse executive socialization and occupational image*. Doctoral dissertation. University of Denver.
- Lageson C. (2004). Quality focus of the first line nurse manager and relationship to unit outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 4(19) 336-42
- Lageson, C. (2001). First line nurse manager and quality: Relationship between selected role functions and unit outcomes. (Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Milwaukee)
- Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188. Lambert, V., & Nugent, K.E. (1999). Leadership Style for facilitating the Integration of Culturally Appropriate Health Care. *Seminars for Nurse Managers*, 7(4), 172-178.
- Laschinger, H. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly*, 20(2), 25-41.
- Laschinger, H. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 354-364. Laschinger, H. (2004). *Scoring of nursing work empowerment scales*. Retrieved June 2, 2005 from: <http://publish.uwo.ca/~hkl/scoring.html>
- Laschinger, H., & Havens, D. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice. Conditions for work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 26(9), 27-35.
- Laschinger, H., & Havens, D. (1997). The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational



mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 27(6), 42-50.

Laschinger, H., & Shamian, J. (1994). Staff nurses' and nurse managers' perceptions of job related empowerment and managerial self efficacy. *Journal of Nursing Administration*, 24(10), 38-47.

Laschinger, H., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422.

Laschinger, H., Almost, J., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured health care settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 88-105.

Laschinger, H. et al. (2013). Part 1: The influence of personal and situational predictors on nurses' aspirations to management roles: Preliminary findings of a national survey of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21, 217-230.

Laschinger, H., Finegan, J., & Shamian, J. (2001a). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economic\$, 19(2)*, 42-52.

Laschinger, H., Finegan, J., & Shamian, J. (2001b). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.

Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Casier, S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured health care settings: Effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration*, 30(9), 413-425.

Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2000). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.

Laschinger, H., Sabiston, J., & Kutzcher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*, 20, 341-352.

Laschinger, H. & Wong, C. (2007). *A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals*. Final report for CHSRF Open Grants Competition Project #RC1-0964-06. Unpublished report.

Laschinger, H., Wong, C., McMahon, C., & Kaufmann, C. (1999). Leader behaviour impact on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 28-39.

Laschinger, H.K., Wong, C.A., Grau, A.L., Read, E.A., PineauStam, L.M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877-888.

Laschinger, H.K.S., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing Economic\$, 19*, 209-219.

Laschinger, H.K.S., Wong, C. (2007). *A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Leach, L.S. (2005). Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*, 35, 228-37.

Leana, C., & VanBuren, H. (1999). Organizational social capital and employment practices. *Academy of Management Review*, 24, 538-555.

Leatt, P. & Porter, J. (2003). Where are the healthcare leaders" the need for investment in leadership development. *Healthcare Papers*, 4(1), 14-31.

Lee, H., Spiers, J. A., Yurtseven, O., Cummings, G. G., Sharlow, J., Bhatti, A., et al. (2010). Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1027-1039.

Leger Marketing. (2003). *How Canadians perceive various professions*. Retrieved June 8, 2005 from: [www.rnantnu.ca/news/trusted\\_prof.pdf](http://www.rnantnu.ca/news/trusted_prof.pdf)

Lemire Rodger, G. (2005). *Leadership challenges and directions*. In: Hibberd,

- J.M., Smith, D.L. (Eds.), *Nursing leadership and management in Canada*, 3rd Ed. Toronto, ON: Elsevier Canada.
- Levasseur, R. (2004). The impact of a transforming leadership style on follower performance and satisfaction: A meta-analysis. (Doctoral dissertation, Walden University).
- Lewicki, R., & Bunker, B. (1996). *Developing and maintaining trust in work relationships*. In Kramer, R.N., Tyler T.R. (Eds.), *Trust in organizations: Frontiers in theory and research*, pp. 114-139. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lindholm, M., Dejin-Karlsson, P., Östergren, P.O., & Udén, G. (2003). Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing*, 42(5), 506-515.
- Litwin, G., & Stringer, R. (1968). *Motivation and organizational climate*, 2nd Ed. Boston, MA: Division of Research, Harvard University.
- Long, J. (2004). *Factors that influence nurse attrition: An analysis of the relationship between supervisor leadership style and subordinate job satisfaction*. (Doctoral dissertation, Capella University).
- Lowe, G. (2004a). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference - Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 November 2004, Markham, ON
- Lowe, G. (2004b). *Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results*. Prepared for the Health Strategies Bureau, Health Canada. Graham Lowe Group Inc.
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.
- Maas, M., & Jacox, A. (1977). *Guidelines for nurse autonomy/patient welfare*. New York: Appleton-Century Crofts.
- MacLeod, H. (2011). We have a perfect storm - Let's use it. *Healthcare Papers*, 11 (3), 61-66.
- MacLeod, L. (2010). Nursing Leadership: Ten Compelling Reasons for Having a Nurse Leader on the Hospital Board. *Nurse Leader*, 8(5), 44-47.
- MacPhee, M., Bouthillette, F. (2008). Developing leadership in nurse managers: the British Columbia Nursing Leadership Institute. *Nursing Leadership*, 21(3), 64-75.
- Macy, B., Peterson, M., & Norton, L. (1989). A test of participation theory in a work redesign field setting: Degree of participation and comparison site contrasts. *Human Relations*, 42, 1095-1165.
- Madison, J. (1994). The value of mentoring in nursing leadership: A descriptive study. *Nursing Forum*, 29(4), 16-23.
- Maehr, J., & Braskamp, L. (1986). *The motivation factor: A theory of personal investment*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Manojlovich, M. & Talsma, A. (2007). Identifying nursing processes to reduce failure to rescue. *Journal of Nursing Administration*, 27(11), 504-509.
- Manojlovich, M. (2005). A leadership strategy to improve practice. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 271-278.
- Marville-Williams, C. (2007). Understanding the ideal inpatient unit environment where professional teams and employees provide patient-centred care. (Master's Thesis, Royal Roads University).
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. 3rd Ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslove, L. & Fooks, C. (2004). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses - A progress report on implementing the final report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Networks Inc.
- Matthews, S., Laschinger, H. K., & Johnstone, L. (2006). Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 526-533.
- May, D., Hodges, T., Chan, A., & Avolio, B. (2003). Developing the moral component of authentic leadership.

*Organizational Dynamics*, 32(3), 247-260.

Mayer, J., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In: Salovey, P., Sluyter, D.J. (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. pp. 3-31. New York: Basic Books.

Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1998). *The Multifactor Emotional Intelligence Scale*. Unpublished report available from the authors.

Mayer, R., & Gavin, M. (1999). *Trust for management and performance: Who minds the shop while the employees watch the boss?* Presented in an interactive paper session at Academy of Management annual meeting, Chicago.

Mayer, R., Davis, J., & Schoorman, F., (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.

McBurney, M. (1997). The Relationship between first-line nurse managers' perceptions of job-related empowerment and occupational stress in a large acute care teaching hospital. (Master's thesis, University of Western Ontario).

McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (2002). *Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses (The Original Study)*. In M. McClure M., Hinshaw, A. (Eds.), *Magnet hospitals revisited*. Washington, DC: American Academy of Nurses.

McCutcheon, A. (2004). *The relationship between span of control, leadership and performance*. (Unpublished doctoral dissertation, University of Toronto).

McDaniel, C., & Wolf, G. (1992). Transformational leadership in nursing service. A test of theory. *Journal of Nursing Administration*, 22(2), 60-65. McDermott, K., Laschinger, H., & Shamian, J. (1996). Work empowerment and organizational commitment. *Nursing Management*, 27(5), 44-49.

McDowell, A. (2004). What strategies will support leaders during rapid change? (Master's thesis, Royal Roads University).

McGillis Hall, L. (Ed.). (2004). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers.

McGillis Hall, L., McGilton, K., Krejci, J., Pringle, D., Johnston, E., Fairley, L., & et al. (2005). Enhancing the quality of supportive supervisory behaviour in long-term care facilities. *Journal of Nursing Administration*, 35(4), 181-187.

McGilton, K. (2003). Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 72-86.

McGilton, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., O'Brien-Pallas, L., & Krejci, J. (2004). *Monograph*. Toronto, ON: University of Toronto Faculty of Nursing and Toronto Rehabilitation Institute.

McKay, C. (1995). Staff nurses' job related power and perceptions of managerial transformational leadership. (Master's thesis, University of Western Ontario).

McKey, C. (2002). Leadership practices, organizational commitment, conditions of work effectiveness of chief nursing officers in Ontario's restructured hospitals. (Doctoral dissertation, Capella University)

McNally, K. & Lukens, R. (2006). Leadership development: An external-internal coaching partnership. *Journal of Nursing Administration*, 36 (3), 155-161.

McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity and organizational commitment: The result of leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17-26.

McNeese-Smith, D. (1997). The influence of manager behaviour on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration*, 27(9), 47-55.

McPhee, M & Bouthillette, N. (2008). Developing leadership in nurse managers: The British Columbia Nursing

- Leadership Institute, *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21 (3), 64-75.
- Medley, F., & Larochelle, D. (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*, 26(9), 64JJ-LL, 64NN.
- Meyer, R., O' Brien-Pallas, L., Doran, D., Streiner, D., Ferguson-Pare, M. & Duffield, C. (2011). Front-line managers as boundary spanners: Effects of span and time on nurse supervision satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 19, 611-622.
- Michigan Hospitals. *Glossary of Terms*. Retrieved October 4, 2004 from: [http://www.michiganhospitalprofiles.org/glossary\\_of\\_terms.htm](http://www.michiganhospitalprofiles.org/glossary_of_terms.htm)
- Mishra, A., & Spreitzer, G. (1998). Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice and work redesign. *Academy of Management Review*, 23(3), 567-588.
- Mohr, W., & Mahon, M. (1996). Dirty hands: The underside of marketplace health care. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 28-37.
- Mok, E., & Au-Yeung, B. (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management*, 10(3), 129-137.
- Morgan, J. C., & Konrad, T. R. (2008). A mixed-method evaluation of a workforce development intervention for nursing assistants in nursing homes: The case of WIN a STEP UP. *Gerontologist*, 48(SPEC. ISS. 1), 71-79.
- Morrison, R., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27(5), 27-34.
- Moynihan, R. (2004). *Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis*. Millbank Memorial Fund. Retrieved November 22, 2004 from: <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf>
- Mueller, C., & McCloskey, J. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39(2), 113-117.
- Mullen, B., Symons, C., Hu, L., & Salas, E. (1989). Group size, leadership behaviour and subordinate satisfaction. *Journal of General Psychology*, 116, 155-169.
- National Health and Medical Research Council. (1998). *A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Research Council [On-line]. Available: <http://www.health.gov.au/nhmrc.publications/pdf/cp30.pdf>.
- Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (editorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Matke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715 - 1722.
- Nespoli, G. (1991). Staff nurse perceptions of a positive relationship with an appointed first-line manager who is perceived as a leader. (Doctoral dissertation & Adelphi University).
- Nicklin, W. (2001). "Thank you" isn't enough. (2001). *Healthcare Management Forum*, 13(3), 6-9.
- Norrish, B., & Rundall, T. (2001). Hospital restructuring and the work of Registered Nurses. *Millbank Quarterly*, 79(1), 55-79.
- Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- O' Brien, L. (1997). The relationship between Registered Nurses' perceptions of job-related empowerment and occupational mental health. A Test of Kanter's theory of organizational behaviour. (Master's thesis, University of Western Ontario).
- O' Connor, M., Theol, B., & Chapman, Y. (2008). The palliative care clinical nurse consultant: An essential

- link. *Collegian*, 15, 151 - 157. O' May, F., & Buchan, J. (1999). Shared governance: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 281-300.
- Oberle, K., & Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*, 7(5), 425-438.
- O' Neil, E., Morjikian, R. L., Cherner, D., Hirschhorn, C., & West, T. (2008). Developing nursing leaders: an overview of trends and programs. *Journal of Nursing Administration*, 38(4), 178-183.
- Ontario Public Health Association. (1996). *Making a Difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Canada: Government of Ontario.
- Ott, K.M., Haddock, K.S., Fox, S.E., Shinn, J.K., Walters, S.E., Hardin, J.W., et al. (2009). The Clinical Nurse Leader: impact on practice outcomes in the Veterans Health Administration. *Nursing Economic*, 27(6), 363-367.
- Ovretveit J. (2005). Leading improvement. *Journal of Health Organization and Management*, 19(6), 413-430
- Parsons, M., & Stonestreet, J. (2002). Factors that contribute to nurse manager retention. *Nursing Economic*, 23(3), 120-126.
- Paterson, K., Henderson, A., & Trivella, A. (2010). Educating for leadership: a programme designed to build a responsive health care culture. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 78-83.
- Patrick, A., & White, P. (2005). Scope of nursing leadership. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Patrick, A., Laschinger, H., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19 (4), 449-460.
- Peachy, G. (2002). The effect of leader empowering behaviours on staff nurses' workplace empowerment, psychological empowerment, organizational commitment and absenteeism. (Doctoral dissertation, McMaster University)
- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & Long, L. (2004). *A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care*. *Health Care Reports*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Peck, M. (1988). *Head nurse fit with staff, administration, and situation: Impact on unit performance and staff satisfaction*. (Doctoral dissertation, University of Utah).
- Pederson, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 18(1), 40-50.
- Perra, B. (2000). Leadership: The key to quality outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 56-61
- Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. *Medical Care*, 42(1), 4- 12.
- Peters, T., & Waterman, Jr. R. (1982). *In search of excellence*. New York: Harper & Row.
- Pielstick, C. (1998). The transforming leader: A meta-ethnographic analysis. *Community College Review*, 26(3), 15-35.
- Pincus, J. (1986). Communication: Key contributor to effectiveness - The research. *Journal of Nursing Administration*, 16(9), 19-25.
- Ploeg, J., de Witt, L., Hutchison, B., Hayward, L., Grayson, K. (2008). Evaluation of a research mentorship program in community care. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 22-33.
- Porter, L., Steers, R., Mowday, R., & Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
- Porter-O' Grady, T. (1992). Transformational leadership in an age of chaos. *Nursing Administration Quarterly*, 17(1), 17-24.

- Porter-O' Grady (2011). Future of nursing special: leadership at all levels. *Nursing Management*, 42(45), 32 - 37.
- Posner, B., Kouzes, J., & Schmidt, W. (1985). Shared values make a difference: An empirical test of corporate culture. *Human Resources Management*, 24(3), 293-309.
- Price, J., & Mueller, C. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA: Pitman.
- Public Health Chief Nursing Officer Working Group (August 2011). *Public Health Chief Nursing Officer Working Group Report*, Ontario Ministry of Health and Long Term Care, Author.
- Public Hospitals Act (1990). Regulation 965 (amended)*. Retrieved May 9, 2005 from: [http://192.75.156.68/DBLaws/Regs/English/900965\\_e.htm](http://192.75.156.68/DBLaws/Regs/English/900965_e.htm)
- Ray, M., Turkel, M., & Marino, F. (2002). The transformation process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 1-14.
- Recker, D., Bess, C., & Wellens, H. (1996). A decision-making process in shared governance. *Nursing Management*, 27(5), 48A-48D.
- Redman, R.W. (2006). Leadership succession planning: An evidence-based approach for managing the future. *JONA*, 36(6), 292-297.
- Redmond, G. (1995). "We don't make widgets here" voices of chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 25(2), 63-69.
- Registered Nurses Association of British Columbia. (2001). *Nursing leadership and quality care*. Vancouver, BC: Author
- Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). *Educational support for competent nursing practice*. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.crns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&field=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320>
- Registered Nurses Association of Ontario [RNAO]. (2006). *Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
- Registered Nurses Association of Ontario [RNAO]. (2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario
- Registered Nurses Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there - Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Author.
- Reid, K.B. & Dennison, P. (2011). The Clinical Nurse Leader: Point-of-care Safety Clinician. *The Online Journal Issue of in Nursing*, 16(3), 4.
- Renz, D., & Eddy, W. (1996). Organizations, ethics, and health care: Building an ethics infrastructure for a new era. *Bioethics Forum*, 2, 29-39.
- Reyna, S. (1992). Leadership styles of nurse managers and how they affect the motivation level of nursing staff. (Doctoral Dissertation, University of Texas).
- Roberts, K., & O' Reilly, C. (1974). Measuring organizational communication. *Journal of Applied Psychology*, 59(3), 321-326.
- Robertson, K. (1991). *Registered Nurses' perceptions of leadership systems of nurse managers and quality of work life conditions and feelings*. (Doctoral dissertation. University of Alabama at Birmingham.
- Robinson, C. (2001). Magnet nursing services recognition: Transforming the critical care environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 1-18.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of human values*. New York: Free Press.
- Romanow, R., (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Ottawa, ON: Government of Canada.
- Rosengren, K., Bondas, T., Nordholm, L., & Nordstrom, G. (2010). Nurses' views of shared leadership in ICU: a case study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(4), 226-233.
- Rothmann, S., & Coetzee, S. (2003). *Dispositional characteristics, quality of work life and effectiveness of members of self managing teams*. Poster presented at the 11th European Congress of Work and Organizational Psychology, Lisbon, Portugal, 14-17 May 2003.

- Rousseau, D., & Tijorwala, S. (1999). What's a good reason to change? Motivated reasoning and social accounts in promoting organizational change. *Journal of Applied Psychology, 84*(4), 514-528.
- Russell, J. E. A., & Adams, D. M. (1997). The changing nature of mentoring in organizations: An introduction to the special issue on mentoring in organizations. *Journal of Vocational Behavior, 51*, 1-14.
- Rutledge, D., & Donaldson, N. (1995). Building organizational capacity in research utilization. *Journal of Nursing Administration, 25*(10), 12-6.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & et al., (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care, 11*, 174-180.
- Sabo, K., Duff, M. & Purdy, B. (2008). Building leadership capacity through peer career coaching: A case study. *Nursing Leadership, 21*(1), 27-35.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*, 185-211.
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration, 23*(9), 478-85.
- Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: John Wiley and Sons.
- Schutzenhofer, K. (1988). *Measuring professional autonomy in nurses*. In: Strickland, O.L., Waltz, C.F. (Eds.), *Measurement of nursing outcomes. Measuring nursing performance: Practice, education and research*. New York: Springer.
- Schwirian, P. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research, 27*(6), 347-351.
- Scott, J., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration, 29*(1), 9-19.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]. *Levels of evidence and grades of recommendation in: A guideline developers' handbook*. Retrieved May 7, 2005 from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#2>
- Sellgren, S. F., Ekvall, G., & Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management, 16*(5), 578-587.
- Sellgren, S.F., Kajermo, K.N., Ekvall, G., & Tomson, G. (2009). Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing, 18*(22), 3181-3189.
- Senge, P. M. (1990) *The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization*. London: Random House
- Severinsson, E. (1996). Nurse supervisors' views of their supervisory styles in clinical supervision: A hermeneutical approach. *Journal of Nursing Management, 4*(4), 191-199.
- Severinsson, E., & Hallberg, I. (1996). Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 151-161.
- Shea, G. (2001). *Leading change*. In S. Rovin, (Ed.), *Medicine and business: Bridging the gap* (pp. 33-52). Gaithersburg, MD: Aspen Publications.
- Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing, 20*(6), 497-504.
- Shipton, H., Armstrong, C., West, M., & Dawson, J. (2008). The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health Care, 20*(6), 439-445.
- Shirey, M. (2004). Social support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economics, 22*(6), 313-319.

- Sietsema, M., & Spradley, B. (1987). Ethics and administrative decision-making. *Journal of Nursing Administration*, 17(4), 28-32.
- Silva, M. (1998). Organizational and administrative ethics in health care: An ethics gap? *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Simms, L., Erbin-Roesemann, M., Darga, A., & Coeling, H. (1990). Breaking the burnout barrier: Resurrecting work excitement in nursing. *Nursing Economics*, 8(3), 177-187.
- Simpson, B., Skelton-Green, J., Scott, J., & O'Brien-Pallas, L. (2002). Building capacity in nursing: Creating a leadership institute. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 22-27.
- Six, F. (2004). *Trust and trouble: Building interpersonal trust within organizations*. Retrieved November 4, 2004 from: <http://hdl.handle.net/1765/1271>
- Skarlicki, D., & Dirks, K. (2002). Leader as a builder of trust. *HR.com June 28, 2002*. Retrieved May 28, 2004 from <http://www.olin.wustl.edu/faculty/dirks/HRcom.pdf>
- Skelton Green, J. (1996). The perceived impact of committee participation on the job satisfaction of staff nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2), 7-35.
- Skinner, C., & Spurgeon, P. (2005) Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: a study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Services Management Research*, 18(1), 1-12.
- Sleutel, M. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 53-58.
- Snow, J. (2001). Looking beyond nursing for clues to effective leadership. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 440-443
- Snyderman, G. (1988). Leadership styles of head nurses and the job satisfaction of Registered Nurses and aides. (Doctoral dissertation, Temple University).
- Song, B., Daly, B., Trudy, E., Douglas, S., & Dyer, M. (1997). Nurses job satisfaction, absenteeism and turnover after implementing a special care unit model. *Research in Nursing and Health*, 20, 443-452.
- Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588 - 600.
- Splane, R., & Splane, V. (1994). *Chief nursing officer positions in national ministries of health. Focal points for nursing leadership*. San Francisco, CA: University of California School of Nursing.
- Spreitzer, G. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-65.
- Squires A. (2004). A dimensional analysis of role enactment of acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 3(36) 272-278.
- Srivastava, R. (2005) *Presentation: Culturally Competent Leadership Practices: The good, the bad, and the Uncertain*. Canadian Nurses Association, Nursing Leadership Conference, The Changing Face of Nursing Leadership: Diversity, Partnerships, Innovations. Ottawa, Ontario.
- Stamps, P., & Piedmonte, E. (1986). *Nurses and work satisfaction: An index for measurement*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press Perspectives.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community and public health nursing*. St. Louis: Mosby.
- Stogdill, R. (1963). *Manual for the leader behavior description questionnaire - Form XII*. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research.
- Stone, R., Reinhard, S., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C., Hawes, et al. (2002). *Evaluation of the Wellspring model for improving nursing home quality*. The Commonwealth Fund.



- Storch, J., Rodney, P., Pauly, B., Brown, H., & Starzomski, R. (2002). Listening to nurses' moral voices: Building a quality health care environment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(4), 7-16.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & Hoore, W. (2000). Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research*, 49(1), 37-43.
- Storr L. (2004). Leading with integrity: a qualitative research study. *Journal of Health Organization & Management*, 18, 415-34.
- Strader, M., & Decker, P. (1995). *Role transition to patient care management*. Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Strasen, L. (1992). *The image of professional nursing: Strategies for action*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Strebel, P. (1996). Why do employees resist change? *Harvard Business Review*, 74, 86-92.
- Sullivan, J., Bretschneider, J., & McCausland, M. (2003). Designing a leadership development program for nurse managers: An evidence-driven approach. *Journal of Nursing Administration*, 33(10), 55-549.
- Suominen, T., Savikko, N., Puukka, P., Doran, D. I., & Leino-Kilpi, H. (2005). Work empowerment as experienced by head nurses. *Journal of Nursing Management*, 13, 147-53.
- Tagnesi, K., Dumont, C., Rawlinson, C., & Byrd, H., III (2009). The CNO: challenges and opportunities on the journey to excellence. *Nursing Administration Quarterly*, 33(2), 159-167.
- Taunton, R., Boyle, D., Woods, C., Hansen, H., & Bott, M. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 19(2), 205-226.
- Taylor, A., Sylvestre, J., & Botschner, J. (1998). Social support is something you do, not something you provide: Implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisureability*, 25(4). Retrieved March 3, 2005 from: [www.lin.ca/resource/html/Vol125/v25n4a2.htm](http://www.lin.ca/resource/html/Vol125/v25n4a2.htm)
- The Ottawa Hospital Management Work-Group. (2003). *The Ottawa Hospital model of nursing clinical practice: Clinical management span of control decision-making indicators*. Unpublished work. The Ottawa Hospital, Ottawa, ON.
- Thompson, J., & Bunderson, J. (2003). Violations of principle: Ideological currency in the psychological contract. *Academy of Management Review*, 28(4), 571-587.
- Thomson, D., Dunleavy, J., & Bruce, S. (2002). *Nurse Job Satisfaction - Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace*. Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa, ON.
- Titchen, A. (2000). Professional craft knowledge in patient-centred nursing and the facilitation of its development. (Doctoral dissertation, University of Oxford)
- Tomblin Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Birch, S., Kephart, G., Pennock, M., et al.. (2003). *Health human resources planning: An examination of relationships among nursing service utilization, an estimate of population health and overall health status outcomes in the province of Ontario*. Executive summary. Retrieved on June 1, 2005 from: [www.chsrf.ca/final\\_research/ogc/pdf/tomblin\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/tomblin_e.pdf)
- Tomey, A. M. (2009). Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 15-25.
- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tourangeau, A., Lemonde, M., Luba, M., Dakers, D., & Alksnis, C. (2003). Evaluation of a leadership development intervention. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(3), 91-104.
- Traynor, M., & Wade, B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 127-136.
- Tucker Scott, K. (2004). *Nurses of influence: A paradigm of leadership*. (Doctoral dissertation, University of Toronto).

- Tucker, A., & Edmondson, A. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45(2), 1-18.
- Udod, S., & Care, W. (2004). Setting the climate for evidence-based nursing practice: What is the leader's role? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 64-75.
- United States Agency for Health care Research and Quality [USAHRQ]. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety*. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74. Rockville, MD
- University of Texas Repository of Nursing Administration Instruments. (n.d). Retrieved from <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/>
- Upenieks, V. (2000). The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 330-335.
- Upenieks, V. (2002a). What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behaviour. *Journal of Nursing Administration*, 32(12), 622-632.
- Upenieks, V. (2002b). The interrelationship between and meaning of power and opportunity, nursing leadership, organizational characteristics of magnet Institutions and clinical nurse job satisfaction. (Doctoral dissertation, University of Washington).
- Upenieks, V. (2002c). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnetic hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.
- Upenieks, V. (2003a). What constitutes effective leadership? *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 456-467.
- Upenieks, V. (2003b). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership and nursing job satisfaction. *Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
- Upenieks, V. (2003c). Nurse leaders' perceptions of what compromises successful leadership in today's acute inpatient environment. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 140-152.
- Upshur R. (1997). Certainty, probability and abduction: why we should look to C.S. Pierce rather than Godel for a theory of clinical reasoning? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 201-206.
- Urwick, L. (1956). The manager's span of control. *Harvard Business Review*, 3, 39-47.
- Villarruel, A.M., & Peragallo N. (2004). Leadership development of Hispanic nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 3(28), 173-80.
- Vitello-Cicciu, J. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nursing Management*, 34(10), 28-32.
- Volk, M., & Lucas, M. (1991). Relationship of management style and anticipated turnover. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 10(1), 35-40.
- Waite, P., & Richardson, G. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*, 33(3), 178-183.
- Wallach, E. (1983). Individuals and organizations: The cultural match. *Training and Development Journal*, 37, 29-36.
- Walsh, C., & Clements C. (1995). Attributes of mentors as perceived by orthopaedic nurses. *Orthopaedic Nursing*, 14(3), 49-56.
- Walsh, K., & Rundall, T. (2001). Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Millbank Quarterly*, 79(3), 429-458.
- Walston, S., & Kimberly, J. (1997). Reengineering hospitals: Experience and analysis from the field. *Hospital and Health Services Administration*, 42(2), 143-63.
- Ward, K. (2002). A vision for tomorrow: Transformational nursing leaders. *Nursing Outlook*, 50(3), 121-126.
- Weberg, D. (2010). Transformational leadership and staff retention: An evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 246-258.
- Webster, G., & Baylis, F. (2000). *Moral residue*. In: Rubin, S.R., Zoloth, L. (Eds.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing Group.

- Weiss, D., Dawis, R., England, G., & Lofquist, L. (1997). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Industrial Relations Center, University of Minnesota, 1967.
- Wesorick, B. Shyiparski, L., Troseth, M., Wyngarden, K. (1998). *Council Field Book: Strategies and Tools for co-creating a healthy workplace*. Grand Rapids: Practice Field Pub.
- Wesorick, B.T., & Shiparski, L. (1997). *Can the Human being thrive in the work place? Dialogue as a strategy of hope*. Grand Rapids: Practice Field Pub.
- Wheatley, M. (2002). *Turning to one another: Simple conversations to restore hope to the future*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- White, B. (2000). Moral leadership of nurse executives. (Doctoral dissertation, University of Northern Colorado).
- Whyte, H. (1995). Staff Nurse Empowerment and Job Satisfaction. (Master's thesis, University of Western Ontario).
- Wieck, K., Prydun, M., & Walsh, T. (2002). What the emerging workforce wants in its leaders. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 283-288.
- Wilson, B., & Laschinger, H. (1994). Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment: A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 24(4S), 39-47.
- Wolf, M. (1996). Changes in leadership styles. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 27, 245-252.
- Wong, C. et al. (2012). Part 2: Nurses' career aspirations to management roles: Qualitative findings from a national study of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21, 231-241.
- Wong, C. A. & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508-521.
- Wood-Allen, D. (1998). How nurses become leaders: Perceptions and beliefs about leadership development. *Journal of Nursing Administration*, 28(9), 15-20.
- Woodham-Smith, C. (1951). *Florence Nightingale, 1820-1910*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149 - 58.
- Zammuto, R., & Krakower, J. (1991). *Quantitative and qualitative studies of organizational culture, Volume 5*. Greenwich, CT: JAI Press.

## 附录 A：实施策略

在临床护理实施准则是多方面的并且在所有层面都具有挑战性。在任何实践环境中吸收知识所需要的不仅仅是对准则的认识和分发准则。准则在任何实践环境中的应用该指导方针都需要适应当地的环境。适应必须是系统的和参与性的，以确保建议根据当地环境定制 (Straus, Tetroe, & Graham 2009)。安大略省注册护士协会建议使用该工具包：实施最佳实践指南 (第二版) (RNAO, 2012b)，它为系统的、计划良好的实施提供了一个证据知情的过程。

该工具包基于新出现的证据，即在以下情况下，成功采纳卫生保健最佳实践的可能性会增加：

- 各级领导都致力于支持促进指导方针的实施
- 指南是通过系统的参与过程来选择实施的
- 确定与准则重点相关的利益相关者，并参与实施过程
- 实施环境准备评估对指南采纳的影响
- 该指南是根据当地的情况量身定制的
- 评估和解决了使用该指南的障碍和促进因素
- 选择促进指南使用的干预措施
- 指南的使用是有系统的监测和持续的
- 指南使用影响的评估嵌入到过程中
- 有足够的资源来完成与指南实施的各方面相关的活动

该工具包使用知识-行动模型，该模型描述了在中心三角形中选择指南的过程，并遵循在地方层面上的详细的逐步 方向来实施指南建议。这些步骤如图 3 所示：“知识到行动”框架 (RNAO, 2012b; Straus et al., 2009)。

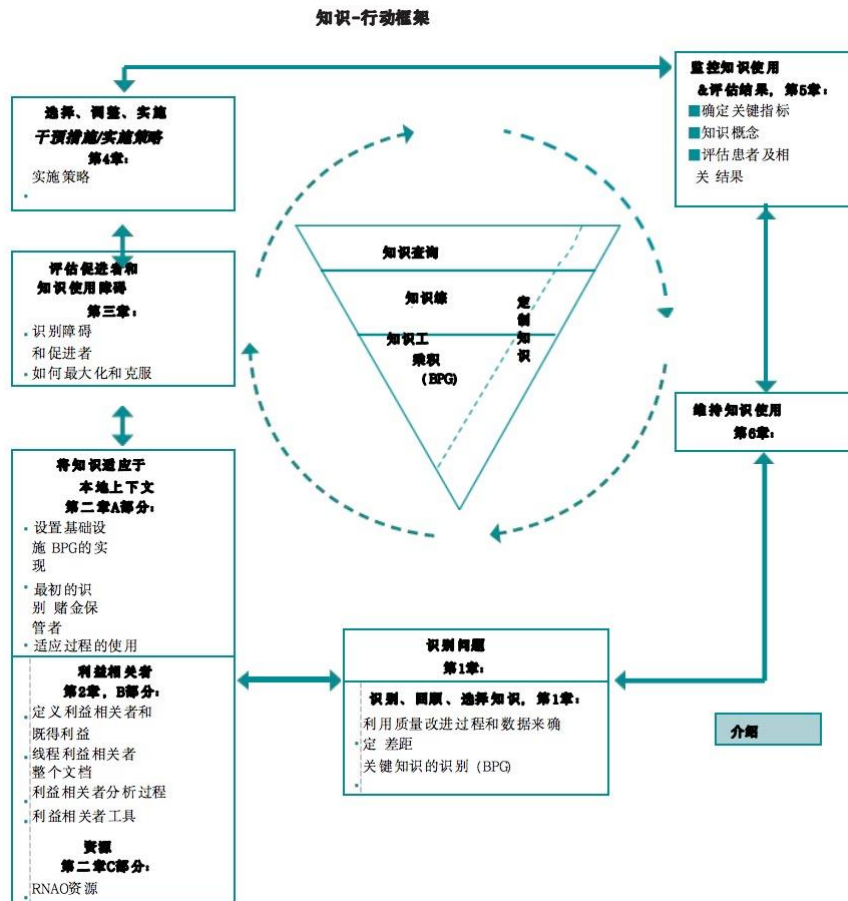


图 1 修订后的“知识-行动”框架

Note. Adapted from “Knowledge Translation in Health Care: moving from Evidence to Practice,” S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham, 2009. Copyright 2009 by the Blackwell Publishing Ltd. A full version of the *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines (2nd ed.)* is available in PDF format at the RNAO website, <http://rnao.ca/bpg>.

此外，RNAO 致力于广泛部署和实施准则，并利用协调的方法传播各种战略。指南的实施是通过 RNAO 的具体倡议，包括护理最佳实践冠军 **champion** 网络®，旨在发展个别护士的能力，并培养对 BPG 的认识、参与和采用；以及最佳实践重点组织支持在组织和系统级别实施 BPG 的指定。BPSOs 专注于开发循证培养，其具体任务是实施、评估和维持多种 RNAO 临床实践指南。除了这些战略外，每年还举办与特定最佳实践指南及其实施相关的能力建设学习机构。” (RNAO, 2012b, p.19-20).

有关这些实施策略的进一步信息，请参见：

■ RNAO 最佳实践冠军 **champion** 网络：<http://rnao.ca/bpg/get-involved/champions>

■ RNAO 最佳实践重点关注组织：<http://rnao.ca/bpg/bpso>

■ RNAO 能力建设学习机构和其他专业发展机会：<http://rnao.ca/events>

## 附录 B: 健康护理工作环境模式的领导实践相关概念的测量

### 护理领导力措施

在最近发表的一篇关于领导力测量的文章中，Patrick 和 White (2005) 选择只包括那些在护理研究中使用过的测量领导力行为的工具。这一决定是基于 *Leatt and*

*Porter* 的工作，他们认为医疗保健具有独特的品质，产生的环境不同于其他行业。

他们进一步报告说，他们发现很少有工具经过了信度和效度的测试，而且大多数工具关注的是对领导力与绩效或结果的看法。Huber 等(2000)对包括领导力测量工具在内的护理管理工具进行了比较分析。他们制定了这些概念的标准化定义，并通过专家焦点小组的共识方法，确定了关于自主权、冲突、工作满意度、领导能力和组织氛围的健全和易于使用的衡量标准。所有的团队成员都有研究和内容方面的专业知识。本指南中包含的工具来自 Huber 等人(2000)，Patrick 和 White(2005)，以及德克萨斯大学护理管理工具知识库(n. d.)并基于护理研究，并具有可接受的报告信度和效度。这些工具是根据发展和持续领导力的概念模型的关键元素和组成部分来提出的。









# 附录 C: RNAO 框架和 LEADS 框架比较

RNAO 框架	LEADS 框架
<p><b>组织支持</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■专业护理的价值</li> <li>■人力/财务资源</li> <li>■信息/决策支持</li> </ul>	
<p><b>个人资源</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■专业身份</li> <li>■个人属性</li> <li>■领导能力</li> <li>■社会支持</li> </ul>	<p><b>引导自我</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■是自我意识</li> <li>■自我管理</li> <li>■自己开发</li> <li>■演示字符</li> </ul>
<b>变革型领导力实践</b>	
<p><b>建立关系和信任</b></p>	<p><b>与他人交往</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■促进了他人的发展</li> <li>■有效地沟通</li> <li>■构建团队</li> </ul> <p><b>发展联盟</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■有目的地建立合作伙伴关系和网络来创造成果*</li> </ul>
<p><b>创造了授权的工作环境</b></p> <p><b>创建一种支持知识开发和整合的文化</b></p>	<p><b>与他人交往</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■为创建健康的组织做出了贡献</li> </ul> <p><b>发展联盟</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■动员知识</li> </ul> <p><b>系统转换</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■鼓励和支持创新</li> </ul>
<p><b>引领和持续的变革</b></p>	<p><b>实现结果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■设置方向</li> </ul> <p><b>系统转换</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■champion 和协调改变</li> </ul>
<b>变革型领导力实践</b>	

RNAO 框架	LEADS 框架
<p>平衡相互竞争的价值观和优先事项</p>	<p><b>实现结果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 战略性地将决策与愿景、价值观和证据保持一致</li> <li>■ 将采取行动来实施决策</li> </ul> <p><b>发展联盟</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 浏览社会-政治环境</li> </ul> <p><b>系统转换</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 演示了系统/批判性思维*</li> <li>■ 从战略上定位自己, 面向未来</li> </ul>
<p>健康的结果</p> <p>护士, 病人/客户, 组织, 系统</p>	<p><b>实现结果</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 评估和评估</li> </ul> <p><b>发展联盟</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 展示了对客户和服务的承诺</li> </ul>

# 附录 D: 关于发展和维持护理领导力的文献系统综述过程, 由乔安娜·布里格斯研究所

## 1. 使用与领导力广泛主题相关的关键词进行广泛文献综述:

- CINAHL
- Medline
- Embase
- PsychInfo

## 2. 制定协议, 指导审查以回答:

- 在医疗保健中, 什么领导属性促进领导并导致健康的工作环境?
- 工作环境对发展和维持护理领导力, 以及在卫生保健环境中产生积极结果的影响或影响, 比如, 哪些结构和过程支持和有助于发展和维持有效的护理领导?  
(结构和流程是指但不限于组织文化和对护理的重视、对领导者的财务和人力资源支持、控制范围、高级护士领导的存在/缺席, 以及沟通和报告结构)。

## 3. 确定检索词包括:

- Autonomy and leadership
- Clinical leadership
- Continuity and tenure of leadership
- Emotional Intelligence
- Empowerment
- Environment
- Leadership
- Leadership development
- Leadership and practice environment
- Leadership styles
- Leadership traits

- Management
  - Management support
  - Organizational culture
  - Organizational culture
  - Organizational structures and leadership
  - Patient/client outcomes and leadership
  - Patient/client satisfaction and leadership
  - Power and leadership
  - Span and control
  - Trust, commitment and leadership
  - Work satisfaction and leadership
  - Workplace

4. 检索策略是寻找已发表和未发表的英语研究和论文。首先对 CINAHL 和 MEDLINE 进行了有限的检索，然后对标题 和摘要中包含的文本词以及用于描述文章的索引术语进行了分析。使用第二阶段检索所有识别，然后使用上面列出的搜索词进行关键字和索引术语的操作。

在第二阶段检索的数据库包括：

- ABI Inform Global (to December 2003)
- CINAHL (1982 to December 2003)
- Cochrane (to December 2003)
- Current Contents Library (to December 2003)
- Econ lit (to December 2003)
- Embase (to December 2003)
- ERIC (to December 2003)
- MEDLINE (1966 to December 2003)
- PsychINFO (to December 2003)

■ Social Sciences Abstracts (to December 2003)

检索未发表的研究包括：

■ Dissertation Abstracts International (to December 2003)

5. 根据标题和摘要中的信息，评估了在数据库检索过程中确定的研究与审查的相关性。所有似乎符合纳入标准的论文都被检索，并再次评估与审查目标的相关性。
6. 符合纳入标准的研究被分为研究类型(如 实验性、描述性等)。
7. 在纳入评审之前，论文由两位独立的评审人员使用 SUMARI 包（信息统一管理、评估和审查系统）中适当的关键 评估工具来评估方法质量，该包是专门设计用于管理、评估、分析和综合数据的软件。评审人之间的分歧通过 讨论得到解决，必要时，由第三位评审人参与来解决。

## 评审结果

共纳入 48 篇实验论文、定性论文和文本篇论文。大多数论文都是描述性的，并考察了领导风格和特征与特定结果 之间的关系，如满意度。由于这些论文的多样性，对结果进行荟萃分析是不可能的。其中包括协作、教育、情商 、组织氛围、专业发展、积极的行为和素质以及对支持性环境的需要等关键主题。<sup>52</sup>



## 附录 E：术语表

**人工智能 (AI)：**一种旨在发现、理解和促进社会组织安排和过程中的创新的研究视角。它包括在人的自身、人的组织和人的环境中寻找最佳事物。人工智能的目标是通过加强系统的能力，最大化人们和组织的工作和积极的积极的潜力 一种研究视角，旨在发现、理解和促进社会组织安排和过程中的创新。它包括从人的自身、人的组织和人的环境中寻找最佳事物。人工智能的目标是加强系统的能力，通过关注人员自身和组织的积极因素来使潜力最大化(Cooperrider & Srivastva,1987)。

**基准：**一种标准，它可以用来衡量、比较或判断某样东西。基准测试包括根据特定的标准来衡量某个组织或个人的产品或服务，并将其与自身产品或服务进行比较 (Michigan Hospitals, 2004 年)。

**首席护理主管：**该组织雇用的高级护士，直接向管理员报告并负责提供的护理服务(Public Hospitals Act (1990 年))。

**协作：** Stanhope 和 Lancaster (2000) 将协作定义为“共同分享，共同努力，实现共同的目标，使所有人或群体得到认可并进步”(pg. 33)。

**共识：**在允许公开和沟通的条件下，多人共同合作而达成的集体意见，这样小组中每个人都有公平的机会来影响这个决定，并可以向其他人证实它。

**持续质量改进：**一种改进和维持质量的管理方法，强调对质量缺陷的潜在原因进行内部驱动和相对持续的评估，然后针对已确定的缺陷采取行动。通常根据基准或行业标准来衡量质量，并应用这些信息来改进操作。

2005 年 10 月 6 日检索自：<http://www.qaproject.org/methods/resglossary.html> 和 <http://www.doe.k12.ga.us/schools/nutrition/qmgloss.asp>

**核心能力：**实现领导实践所需的关键技能、知识、属性和行为。

**相关研究：**确定变量之间关系的研究。结果可以有三种：无关系、正相关和负相关。

**决策支持系统：**在医疗保健中使用的计算机技术，允许提供者收集和分析数据。支持的活动包括病例组合、预算编制、成本核算、临床方案和途径、结果和精算分析。

**情感智力：**准确感知、评价和表达情感的能力；在促进思维时获取和/或产生情感的能力；理解情感和情感成长的能力 (Mayer & Salovey, 1997)，并被认为有助于工作场所的成功 (Emmerling & Goleman, 2003)。

**授权：**调动人力和物质资源来完成事情的能力 (Kanter, 1979)。这是一个利益攸关方影响和分享对发展倡议以及影响它们的决策和资源控制的过程。



**教育建议：**关于最佳实践指南的引入、实施和可持续性的教育要求和教育方法/战略的声明。

**伦理困境：**指护士不能履行他们的道德义务和承诺，或他们不能追求他们认为是正确的行动方针，或不能达到他们自己对道德实践的期望

**民族文化身份认同：**种族、文化和身份认同之间的联系和相互作用。它指的是将我们区分为个体，并确定我们属于一个群体的独特特征（RNAO，2006）。

**公平：**不受歧视或不诚实而作出判断的能力（公平的定义，2005年）。

**健康的工作环境：**护士的健康工作环境是一种实践环境，可以最大限度地提高护士的健康和福祉、高质量的病人/客户的结果和组织绩效。

**健康工作环境最佳实践指南：**根据现有的最佳证据系统地制定声明，以协助就适当的结构和程序进行关于实现健康工作环境的决策（Field & Lohr，1990年）。

**个体特征：**个体的先天特征，它会影响他们对自己、环境和能力的评估，从而影响他们的行为（Rothmann & Coetzee，2003）。

**诚信：**认为受托人遵守委托人认为可以接受的一套原则（Mayer等，1995）或做他们所说的他们会做的事情（Skarlicki & Dirks，2002）。

**知识：**护理实践是通过各种了解的方式进行的（Carper，1978）。经验知识是基于科学的，包括事实、模型和理论。审美知识与护理的“艺术”有关，其中的知识来自于护士与客户建立的移情关系。伦理知识起于伦理的理论和原则。通过重视过程，澄清情况和倡导，护士解释了护理的伦理观点。个人知识是关于了解、遇到和实现具体的、个人的自我。一个人不了解自我——一个人努力了解自我。这种认识是与另一个人的关系，并作为一个人来对抗人类（Carper，1978）。

**领导力：**是一个关系性的过程，一个人试图影响他人，以达到一个相互期望的目标。领导能力专长：通过正规教育或经验获得的领导能力的知识、技能和技术能力。

**领导实践：**在这个指导方针中，它们是一种典型的存在或行为方式，可以区分一个成功的护士领导。

**磁性医院：**最初在20世纪80年代初给美国医院的标签，尽管全国护士短缺，但能够招聘和留住护士。现在这个术语指的是经过美国护士认证中心认证的卓越护理设施。由于特定的组织特征，他们被认为是在护理工作满意度和病人/客户结果方面取得优于平均水平的机构（Bliss-Holtz et al.，2004；Scott等，1999）。

**荟萃分析：**使用统计方法来总结几个独立研究的结果，因此提供了比综述中包含的个别研究得出的干预效果或卫生保健现象更精确的估计（Clarke & Oxman，1999）。

**护士：**指注册护士、执业护士（在安大略省称为注册执业护士），以及注册的精神科护士和从事高级实践角色的护士，如执业护士和临床护士专家。

**护理领导力：**基于护理或基于护理的领导力（Ferguson-Pare 等，2002）。

**组织氛围：**社会、组织或情境对行为的影响，反映在整体表现或政策、实践和目标中；如何做事情（Sleutel，2000）；被个人组织成员认为是重要的方面（McGillis Hall，2004）

**组织文化：**一个组织中潜在的价值观、假设和信念。

**组织建议：**对能够成功实施最佳实践指南的实践设置所需的条件的陈述。成功的条件在很大程度上是该组织的责任。

**患者/客户：**指护理服务的接受者。这包括个人、（家庭成员、监护人、替代照顾者）家庭、群体、人口或整个社区。在教育方面，客户可以是学生；在行政管理方面，客户可以是工作人员；在研究中，客户是研究参与者（CNO，2002；加拿大新斯科舍省注册护士协会，2003）。

**护理点领导：**发生在特定患者/客户或客户群体的护理责任由护理点保健提供者（也称为一线或床边保健提供者）领导的环境中。对患者/客户的护理是通过患者/客户的护理计划设计、实施和评估的。这一护理计划由跨专业卫生保健团队协调和共享，包括受管制和不受管制的保健专业人员。（美国护理学院协会，2007）。

**实践建议：**针对理想的循证的卫生保健专业人员的实践的最佳实践陈述。

**职业身份：**一个人被识别为一个群体成员的行为或个人特征（霍顿米夫林公司，2004）。个人将其归因于该职业的价值观和信仰的程度（霍顿·米夫林公司，1995年）。

**定性研究：**非定量的数据收集和分析方法。定性研究使用多种方法来获取观察数据或采访参与者，以理解他们的观点、世界观或经验。

**RNAO 高级临床/实践奖学金：**一种护士学习体验，旨在提高护理技能：领导能力、临床和最佳实践指南的实施，主要目标是改善安大略省的患者护理和结果。在护士研究员赞助组织的支持下，护士与经验丰富的导师/指导团队在所需的重点领域一起工作。ACPF 是由安大略省的政府公司资助的。更多信息请访问 [www.rnao.org/acpf](http://www.rnao.org/acpf)

**反思实践：**护士利用的一个持续的过程，以检查自己的护理实践，评估优势，并确定不断改进实践以满足客户需求的方法。这对构建反思性问题很有用的问题过程包括：“我学到了什么？”；“什么是最有用的呢？”；“我还需要什么呢？”；“我能和别人分享什么做法呢？”。

**样本行为：**表现出核心能力的个人的具体行为的例子。

**社会支持：**社会支持是指在一个人的社会网络中发生的交易，包括提供鼓励、同情、欣赏，或以情感上支持他人的方式与他人互动（Haines，1993）。

**控制范围：**直接向单一经理、主管或领导汇报并与全职同等职位的人数无关的人数 (Tourangeau 等，2003)。

**利益相关者：**利益相关者是在组织的决策和行动中具有既得利益的个人、团体或组织，他们可能试图影响这些决策和行动 (Baker 等，1999)。利益相关者包括将直接或间接受到变更影响的所有个人或团体。利益相关者可以分为反对者、支持者或中立者 (安大略省公共卫生协会，1996 年)。

**战略：**有针对性的行动和活动，以实现成果。

**继任计划：**一个超越“一次性”的替代计划，进入一个识别和培养潜在的领导职位候选人池的过程 (CNA，2003)。

**系统建议：**为在整个系统中成功实施最佳实践指南所需的条件的陈述。成功的条件与更广泛的研究、政府和系统层面的政策制定有关

**系统审查：**应用严格的科学方法编写一篇审查文章 (国家卫生和医学研究理事会，1998 年)。系统审查确定了卫生保健的影响在哪里是一致的，研究结果可以应用于人群、环境和治疗的差异，以及影响可能有显著差异。在审查中使用明确的、系统的方法限制了偏差 (系统错误)，减少了机会效应，从而提供了更可靠的结果，从而得出结论和做出决定 (Clarke & Oxman，1999)。

**远程办公：**通常被称为远程办公。当带薪工人通过在远离正常营业场所进行全部或部分工作而减少通勤时。

**变革型领导：**一种领导方法，其中个人和他们的领导参与一个交流过程，扩大和激励双方取得更高水平的成就，从而改变工作环境 (Burns，1978)。变革性领导发生在领导者采取有远见的立场并激励人们追随的地方。

**揭发：**个人向有权采取纠正行动的个人或实体报告组织中的不当行为的一种过程。一般来说，不当行为是违反法律、规则、法规和/或对公共利益的直接威胁——如欺诈、健康、违反安全和腐败。

## 附录F：指南开发过程

2003年10月，安大略省注册护士协会召集了一个在实践、研究、政策、教育和管理方面具有专业知识的护士小组，他们代表了广泛的护理专业、角色和实践设置。

专家小组正在着手制定这一最佳实践指南：

- 该指南的范围是通过讨论和共识的过程来确定和定义的。
- 在所有角色中，与发展和维持护理领导能力相关的检索词被发送到乔安娜·布里格斯研究所，以进行广泛的文献回顾。
- 在互联网上检索了与护理领导力相关的出版指南，结果很少。所来源的材料并不是专门关于主题领域的，和/或没有包含足够的证据描述，以供评估。因此，同意将它们作为资源材料。
- 开发了一个基于证据的概念模型来组织指南中的概念和内容。该模型经历了一个迭代的过程，因为该小组已经与文献综述一起工作。
- 开发了一个包括几个重点问题的方案来指导乔安娜·布里格斯研究所对文献进行系统的回顾（所遵循的过程和结果见附录D）。
- 其他文献来源由小组成员提供
- 通过讨论和协商一致的过程，制定了关于实践、教育、组织和政策的建议。
- 一份指南草案已提交给外部利益相关者，以供审查和反馈。利益相关者代表了来自各种实践环境和角色的各种组织和个人，他们对领导有兴趣和专业背景知识。外部利益相关者提供了具体的问题供评论，以及提供总体反馈和总体印象的机会
- 根据利益相关者的反馈，对指南草案进行了修订。
- 最终的指南已提交发表

## 附录G：该工具包的说明

只有在有足够的规划、资源、组织和行政支持以及适当的便利的情况下，才能成功实施预算计划。因此，安大略省注册护士协会通过一个由护士、研究人员和管理人员组成的小组，开发了工具包：实施最佳实践指南(第二版) (2012b)。该工具包是基于现有的证据、理论观点和共识。本工具包被推荐用于指导在卫生保健组织中实施任何临床实践指南。

该工具包为参与规划、协调和促进指导方针实施的个人和团体提供了一步一步的指导。这些步骤反映了一个动态的、迭代的过程，而不是线性的。因此，在每个阶段，为下一阶段的准备和对前一阶段的反思是必要的。具体来

说，工具包解决了以下关键步骤，如“知识-行动”框架（RNAO，2012b；Straus等，

2009）在实施指南： 1. 识别问题：识别、审查、选择知识（最佳实践指南）。

2. 适应适当地当地环境的知识：

- 评估知识使用的障碍和促进因素；和
- 识别资源。

3. 选择、调整和实施干预措施。

4. 监控知识使用情况。

5. 评估结果。

6. 维持知识的使用。

在实践中实施指导方针，从而导致成功的实践改变和积极的临床影响，这是一项复杂的工作。工具包是管理此过程的一个关键资源。[该工具包可以在http://rnao.ca/bpg网站上下载。](http://rnao.ca/bpg)



*Leadership is a shared responsibility. Nurses in all domains of practice and at all levels must maximize their leadership potential.*

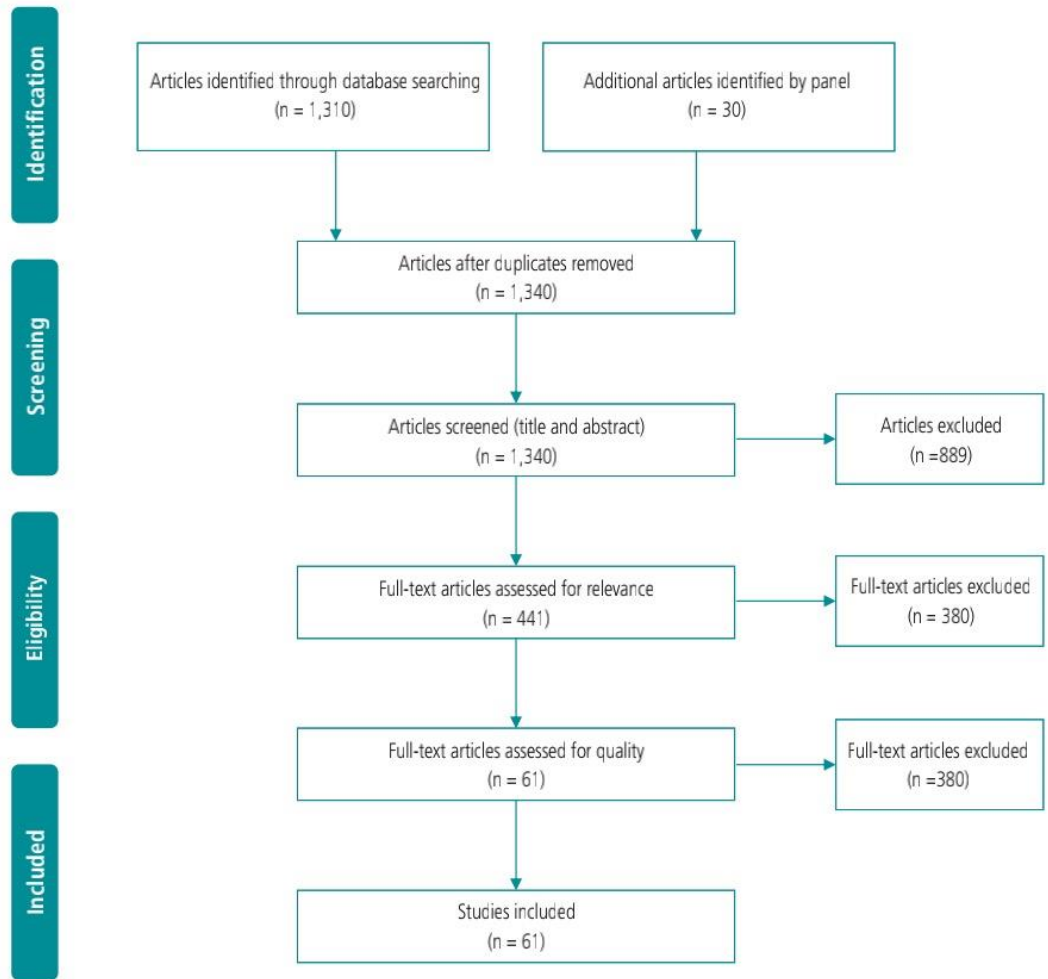
*~ Canadian Nurses Association*

# 附录 H: 文章审查流程图

流程图改编自 D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, & The PRISMA Group

(2009)。系统审查和荟萃分析的首选报告项目: PRISMA 声明。BMJ 339, b2535, doi:

10.1136/bmj.b2535



# 健康的工作环境最佳实践指南

## 1. 护理团队间的协作实践指南

联合主席: *Dr. Diane Doran & Leslie Vincent*

## 2. 开发和维持跨专业的医疗保健: 优化患者、组织和系统的结果

联合主席: *Rani Srivastava and Stewart Kennedy*

## 3. 制定和维持护理领导指南

第二版联合主席: *Nancy Purdy and Pam Pogue*

## 4. 制定和维持有效的人员配备和工作量实践指南

主席: *Dr. Linda O'Brien-Pallas*, Deputy Chairs: *Donna Thomson & Phyllis*

*Giovannetti*

## 5. 在卫生保健中拥抱文化多样性: 制定文化能力指南

主席: *Rani Srivastava*

## 6. 管理医疗保健团队中的冲突

联合主席: *Joan Almost and Derek Puddester*

## 7. 预防医疗保健中的护士倦怠

联合主席: *Ann E. Rogers and Milijana Buzanin*

## 8. 防止工作场所中的暴力行为

联合主席: *Margaret Keatings and Daina Mueller*

## 9. 护理专业指南

主席: *Dr. Andrea Baumann*

## 10. 工作场所的健康、安全和健康的护士指南

主席: *Dr. Mary Ferguson-Paré*

翻译: 陶珍晖、王秀英、赵越、李晶、刘卓、王轶、冯嘉蕾、史双、周萌、程鑫、宋俐、赵咪、李杨柳、范力静、王茹霞、袁艳丽、李珂、邱慧、张倩男、肖艳艳、许素环、李桂、韩媛、赵禹、李会娟、张佩英、刘瑾、司龙妹、郭杰、岳洁雅、王琤、姬书瑶、王思齐、陈飞、李变、耿家依、张秋雯、杨万通、



轩文萍

（北京大学第一医院护理部）

初审：北京中医药大学循证护理研究中心