



中国管理研究国际学会
International Association for
Chinese Management Research

IACMR组织与管理研究方法系列

《美国管理学会学报》 最佳论文集萃 (第二辑)



徐淑英 蔡洪滨◎主编

COLLECTION OF
AWARD-WINNING PAPERS IN
THE ACADEMY OF MANAGEMENT JOURNAL,
VOLUME 2



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

《美国管理学会学报》 最佳论文集萃 (第二辑)



徐淑英 蔡洪滨◎主编

COLLECTION OF
AWARD-WINNING PAPERS IN
THE ACADEMY OF MANAGEMENT JOURNAL,
VOLUME 2



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

《美国管理学会学报》最佳论文集萃(第二辑)

编 委 会

主 编 徐淑英 蔡洪滨

编委会成员 (以姓氏拼音为序)

韩 亦	孔繁敏	李博柏	马 力
任 润	王 辉	王新超	武亚军
张建君	张一弛	张志学	周长辉

序

2006年,中国管理研究国际学会和北京大学光华管理学院合作翻译出版了《〈美国管理学会学报〉最佳论文集萃》(第一辑),旨在为推动国内管理学的研究提供一些优秀论文范例。第一辑包括了美国管理学会1995年到2004年的10篇年度最佳论文。该论文集得到了国内管理学界老师和研究生同学的首肯。6年过去了,又有一批最佳论文被评选出来。为了相对及时地推介近年来的最佳论文,中国管理学会和北京大学光华管理学院再一次合作,翻译出版了这本《〈美国管理学会学报〉最佳论文集萃》(第二辑),包括了2005年至2009年的6篇最佳论文(其中2005年有两篇论文联合获奖)。

与第一辑一样,第二辑中的最佳论文同样会在研究问题的选择、研究方案的设计和理论的发展与建立等诸多方面为我们提供一面了解自身现状的镜子,提供一个激励自己的目标,提供一个值得学习的榜样。在2005年的一篇最佳论文中,Gilbert, Clark G.将组织惰性分解为未能变革资源投资模式的资源守旧型和未能变革使用这些资源的组织流程的程序老套型。作者通过分析传统报社对数字媒体兴起所做的反应发现强烈的威胁感知有助于克服资源守旧,但同时也加剧了组织的程序老套。在2005年的另一篇最佳论文中,Ferlie, Ewan, Fitzgerald, Louise, Wood, Martin, & Hawkins, Chris.通过对英国卫生保健部门进行的定性研究发展了创新传播的非线性视角,提出了多元专业化如何导致创新“不传播”的理论。在2006年的最佳论文中,Greenwood, Royston, & Suddaby, Roy.研究了会计师事务所行业这种成熟组织的变革过程,验证了嵌入式代理的悖论。在2007年的最佳论文中,Plowman, Donde Ashmos, Baker, Lakami T., Beck, Tammy E., Kulkarni, Mukta, Solansky, Stephanie Thomas, & Travis, Deandra Villarreal通过考察一个为无家可归者提供早餐的决定在教堂及其周边引发了一场根本性的变革,发展了现有的变革理论,提出了根本性变革发生的自发性等一系列重要结论。在2008年的最佳论文中,Barnett, Michael L., & King, Andrew A.发展了共有物质资源的自治理论来分析现代行业中无形共有资源的自治问题。作者假定当一家公司的行为能够对另一家公司产生“溢出”伤害时,公司之间共享一种资源。他们提出保护这种共有资源的需求能够促使自治组织的成立,并使用美国化工行业的数据发现在重大行业危机出现后,溢出伤害会增强;而在新自治组织成立后,这种伤害会降低。在2009年的最佳论文中,Graebner, Melissa E.探讨了创业型企业收购中信任的作用,并采用了二元视角对买卖双方给予了同等的关注。作者发现买卖双方对对方的诚信度有不对称的看法,并进而研究了这些不对称性是如何产

生、持续并影响进行欺骗的倾向和采取防范受骗的行为的。作者发现买卖双方关于对方是否值得信赖以及对方是否信任自己的看法往往是错误的,并指出在信任的基础上筛选买方将加剧而不是减轻创业企业的脆弱性。

《〈美国管理学会学报〉最佳论文集萃》(第二辑)在翻译出版过程中得到过很多人的支持与帮助。我们首先要再一次感谢美国管理学会的 Nancy Urbanowicz 女士和 Adam Etkin 先生在版权转让中给予的理解和支持。我们要特别感谢北京大学出版社的林君秀女士和朱启兵先生在办理出版许可和文稿编辑中所进行的艰苦而富有成效的工作。我们还要特别感谢北京大学光华管理组织管理系和战略管理系参与这项工作的老师和研究生们,他们在百忙的学习、教学和科研工作中花费了大量宝贵时间和精力无偿地精心翻译和校对了文稿。当然,我们还要衷心地感谢本书中各篇最佳论文的作者们,感谢他们的辛勤而富有智慧的研究工作能让我们再一次领略管理学研究的无限风采与无穷魅力。

尽管参与这项工作的每一位老师和同学都非常认真、努力,但是翻译工作本身就是一个辛苦地制造遗憾的过程。因此,译稿中的不当、缺点乃至错误在所难免,还望广大读者对本书中任何可能的不足之处予以海涵。

徐淑英

美国管理学会主席、中国管理研究国际学会创始主席

蔡洪滨

北京大学光华管理学院院长

2012年5月14日于北京大学

目 录

创新传播的障碍:专业人士的中介角色 / 1

Ewan Ferlie, Louise Fitzgerald, Martin Wood, Chris Hawkins

秦 昕 译 任 润 校

分解组织惰性的结构:资源守旧与程序老套 / 28

Clark G. Gilbert

裴学成 译 韩 亦 校

在成熟型行业的制度企业家:以五大会计事务所为例 / 68

Royston Greenwood, Roy Suddaby

张好雨 译 王新超 校

见微知著论变革 / 105

Donde Ashmos Plowman, Lakami T. Baker, Tammy E. Beck,

Mukta Kulkarni, Stephanie Thomas Solansky, Deandra Villarreal Travis

王泽清 译 孔繁敏 校

好篱笆造就好邻居:对一个行业自治组织的纵向研究 / 148

Michael L. Barnett, Andrew A. King

周燕华 译 张建君 校

卖方当心:创业型公司收购中的信任不对称 / 181

Melissa E. Graebner

华 宁 译 张一弛 校

Academy of Management Journal (AMJ) 年度最佳论文 (2005—2009) 英文索引 / 238

创新传播的障碍：专业人士的中介角色^{*①}

Ewan Ferlie

Royal Holloway University of London

Louise Fitzgerald

De Montfort University

Martin Wood

University of York

Chris Hawkins

University of Warwick

秦 昕 译 任 润 校

(北京大学光华管理学院)

摘要：在英国卫生保健部门进行的两个定性研究跟踪了8个仔细选择的创新，发现了复杂的、竞争的和非线性的创新生涯。通过进一步发展创新传播的非线性视角，我们提出了多元专业化如何导致创新“不传播”的理论。由于个体专业人员都是在单一领域的实践群体中工作，不同专业之间的社会 and 认知的边界阻碍了创新的传播。这个新理论帮助解释了卫生保健行业和其他情境下多元专业化组织中影响创新传播的障碍。

我认为在全科医学中关于创新的证据都指出这样一个事实，即一种单一的方法很少、非常罕见地能改变人们的行为。

本研究访谈的初级保健医生

为什么即使有很强的证据支持，创新也不是很容易传播呢？关于创新传播的研究一直是学者研究的焦点。这方面的最新研究已经从早期的线性和阶段式的模型(Rogers, 1995)，发展到流动的和交互的方法(Van de Ven, Polley, Garud, & Venkataraman, 1999)。我们在这里提出证据以补充 Van de Ven 及其同事的“凌乱的”路径方法模型；具体而言，我们提出在微观

* Ferlie, Ewan, Fitzgerald, Louise, Wood, Martin, & Hawkins, Chris. 2005. The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48: 117—134.

① 我们感谢 NHS North Thames (研发理事会)对急症研究的资金支持，以及 NHS West Midlands (研发理事会)对初级保健护理研究的资金支持。本文所表达的观点仅代表本研究团队，而不代表资金提供者的观点。我们也感谢期刊的匿名评审者和主编对本文提出的有深刻见解的评审意见。

实践层面的专业群体之间的强边界阻碍了创新的传播。这个关于高专业化的影响的新理论,与传统的认为高专业化强化创新传播的理论形成对比。后者的支持者假设创新能通过专业网络或专业协会快速传播(Coleman, Katz, & Merzel, 1966; Robertson, Swan, & Newell, 1996)。然而,复杂的组织包含很多不同的专业群体,每个都可能在一个独特的实践社群中运转。给定当地专业人员和专业群体之间的强社会和认知的边界,这些情境会阻碍创新的传播。这个关于多元专业化的情境对创新传播的阻碍作用的新理论在其他情境中也是有用的,如希望跨学科分享创新的全球化的组织。

本文报告了我们从最开始的研究设计、反复的分析、再到最后理论建构的分析之旅。在接下来的部分,我们首先阐述本文的理论框架,然后概述我们的研究设计和方法。在第三部分,我们提供对最初分析结果的概览;然后在第四部分中,我们对数据重复进行了更深入的分析以探索更加准确的解释。在最后一部分,我们归纳提出新的理论并讨论其更广泛的意义与启示。

理论框架

难题:卫生保健部门中基于证据的创新

随着基于证据的医学运动的出现(即临床实践应该基于严格的证据而不是临床想法),创新的传播在卫生保健部门中作为一个重要的主题再度出现。^①这个前提意味着现有临床实践的创新应与相关证据结合。这种基于证据的医药运动在许多卫生保健系统中是明显的,包括美国和加拿大的卫生保健系统。在英国国家卫生服务部(U. K. National Health Service, NHS, 它是政策的焦点),这些政策的政策制定者和管理者期望了解更多关于基于证据的创新的传播。我们的研究资助者——国家卫生服务部研究和发​​展理事会(the NHS Research and Development Directorate)——为我们计划的最初研究焦点是,基于证据的创新是否在卫生保健组织中很容易地传播?如果不是,为什么?

^① 在过去的20年里,为了确保临床实践是基于“好的科学”(“good science”)而不是个人想法的努力是突出的。其中一个努力就是随机对照试验(RCTs)的快速增长,在这样的试验中,患者被随机地分配到试验组和控制组。因此,RCTs能够提供强大的科学证据说明一项干预在一群患者间是否是临床上有效的。以该领域一个先驱命名的国际循证医学协作组(The Cochrane Collaboration)已经在国际上推行这些想法和技术。

研究先例

在设计实证研究来解决这些问题时,我们吸收了多方面的想法和研究流派。以下段落总结了这些想法和研究。

专业化组织中的变革实施。在大量的关于组织变革的文献中,有一些文献集中研究专业化组织中的变革。这些组织被描述为“协商的订单”(Weick, 1979),在其中,模糊的专业化工作在当地的群体中被“制定”。先前的研究已经发现卫生保健部门中的变革的区别性特征(McNulty & Ferlie, 2002; Pettigrew, Ferlie, & Mc Kee, 1992)。在这个部门中,专业人士拥有阻挡变革的权力,所以为了能成功变革,他们必须参与这些变革的过程。卫生保健部门的第二个区别性特征是变革中的集体领导而不是个人领导(Denis, Langley, & Cazale, 1996; Pettigrew *et al.*, 1992)。先前研究中指出的这些区别性特征使我们质疑在高度专业化的卫生保健部门中基于证据的药物实施的理性主义和管理主义视角。

传播的后线性模型。在一篇经典文献中,Rogers(1995: 163)提出创新的五个阶段:知识,说服,决策,实施和证实。这些阶段被展示为一个线性的过程。最近的管理研究已经从这种阶段式的视角中转移。Van de Ven 及其合作者(1999)关于创新生涯的研究(包括一些卫生保健部门的案例)强调创新凌乱的、动态的和流动的特性。创新的过程不是连续或者有序的,而是非线性和无序的。创新的过程是模糊的,且发生在多种易变的场合。不存在一个唯一的决策点,而是随着时间的推移有很多人完成多个决策事件:“这个过程并不是在一个简单的阶段和亚阶段的线性序列中展开。相反,它通过不同的组织单元扩散成一系列复杂的创新想法和发散行为”(Van de Ven *et al.*, 1999: 10)。我们对采用这些想法来探索自己的研究问题很感兴趣。

稳健证据的充分性。稳固的科学基础是否足够改变行为?由于担心高质量证据的生产,政策领域最初忽略了基于证据的医学药物的实施问题。加拿大一些基于证据的医学文献指出,实施是高度复杂的(如 Lomas, 1993),他们支持传播的后线性模型,并提倡在实施中引入营销的成分。

关于科学政策的研究中包含这样的论述,在科学足够强大以致能影响行为变革前,科学“推动”需要被其他力量补充。Williams 和 Gibson(1990)概述了一个关于科学知识传播的四个模型的序列,其中显示了对社会和科学因素的越来越多的关注。第四个模型——沟通和反馈模型——包含了来自用户的反馈环路,即用户对证据的解释会影响结果。行动者网络理论

(actor network theory, 见 Callon, Paredo, Rabeharisoa, Gonadr, & Leray, 1992; Latour, 1987) 强调科学家积累的 evidence 支持或者所谓的转换和招募策略对新的科学知识的传播非常关键。根据行动者网络理论, 来自产品“赞助商”的说服, 社群间的联合和本地的重新解释在成功的传播中都是重要的。

集中和复杂的创新。一些基于证据的医学创新是集中的、高度有界的和处于微观层面的, 例如, 说服临床医生提供一个新的药物或者治疗方式都具有这些特征。另外一些复杂的创新可能涉及: (1) 一系列相互关联的变革, (2) 对公司的借鉴。一个例子是一个混合了技术成分(新的信息技术系统)和社会成分(管理战略的变革)的组织干涉(例如商业流程重组)。我们可以这么认为, 复杂的创新比集中的创新面临更大的传播障碍。

研究方法

研究设计的整体原则

当进入实地研究时, 我们将国家卫生服务部理事会规定的主题发展为以下研究问题: (1) 卫生保健部门中的创新路径是线性的还是凌乱的? (2) 充分的科学证据是否能够带来成功的传播? (3) 更复杂的创新有什么影响?

这些问题指导我们的进一步设计。尽管我们采用了一个较宽松的设计, 而不是一个准确的假设检验设计, 但我们未采用“扎根理论”(“grounded theory”)的策略。纯粹的归纳法被早期的结构所平衡(Langley, 1999)以避免“淹死在数据中”(“drowning in data”)的危险。我们最终的研究草案展示的是一个明确的比较案例的抽样策略。尽管这个框架在实地中指导我们, 但回顾过去我们承认它不足以使我们对专业人士的角色变得敏感。我们以后再回头谈这个缺陷。

我们采用定性方法, 具体而言, 构造了 8 个关于创新生涯的比较和纵向的案例研究。我们用叙述的方法来描述、解释和阐述一个现象(Lee, 1999), 而不是估计它的普遍性。这种方法也可以很好地解决过程的问题, 而大量定量研究的输入—产出模型则不是很适合解决过程的问题。定性研究包含很多变量, 但我们是从过程研究者的角度出发。过程研究是对组织中行为的动态研究, 专注于组织情境、行为和随时间推移而展开的行动(Pettigrew, 1997)。关于变革结果差异的研究是非常明确的: 为什么这项创新传播更快, 而另一项更慢? 这样的研究

是基于实地的,包含了对大量利益相关者(不仅仅是高层管理者)的访谈和观察。尽管过程研究可以是定量的(Scott Poole, Van de Ven, Dooley, & Holmes, 2000),但我们采用定性过程研究的叙述战略(Langley, 1999),从数据中构建故事。这些叙述的手法应该不仅仅提供事件年代表,而且应该提供概念、理解和与数据紧密联系的理论(Golden-Biddle & Locke, 1997)。

案例研究的内部效度很高(案例内的数据是强大和“真实的”),但是外部效度较低(扩展到案例外情境的能力很弱)。我们的资助使得我们能够通过两个方式增加案例研究的外部效度:有一个研究团队,以及对多个案例进行调查。方法论学者已经考虑到如何在案例间建立模式或中等范围的理论(patterning, or middle-range theory)。Eisenhardt(1989a)指出理论驱动的抽样有利于对比和理论构建。在这样一个设计中,如何将数据削减到一个可管理的程度?Eisenhardt(1989b)在她的案例中通过跨案例的总结表格削减原始数据。另外一个策略是从关键案例的一个子集——对立的、异常的或示范的案例中生产“富余”的原始数据——这样结论就能很好地与数据联系起来(Langley, 2001)。我们在此混合使用这些策略,把所有案例和案例片段的信息汇集在表格中,以增加生动性,同时,深度探讨关键案例。

有目的的案例选择

我们构建了一个 2×2 的单元格设计,来探索强/弱科学证据和创新复杂程度对传播路径的影响:“理论抽样的目的是选择那些能重复或扩展现有理论的案例。”(Eisenhardt, 1989a: 537)我们采用理论而非随机的抽样,在所有的四个单元格中都选择一对创新,共计8个案例。Yin(1994)提醒不要采用在社会调查中采用的随机抽样逻辑。相反,多案例研究应该是基于重复的设计,其中每个案例都应该有各自的目的。每一个案例的选择都要看它是否能够得出基于可预测原因的相同结果(文字的重复)或者基于可预测原因的相反结果(理论上的重复)。在我们的研究中,单元格内的对比展示了文字的重复,而单元间的对比展示了理论上的重复。如果这些预计的结果没有出现,就需要修正原先的理论。

案例研究的选择

我们开展了两个研究,第一个在急症护理情境下,第二个在初级护理情境下。这两个研究的关于创新选择的标准都是一样的:每个研究中都包括两个有着强大科学证据支持其医学价值的创新和两个有着更多争论性的证据需要被检验的创新。这样的异质性能解决是否强

大的科学本身能带来成功传播的问题。我们根据来自随机对照试验(randomized control trials, RCTs)的结果和作为外部顾问的临床专家的建议来判断一个创新的医学价值的证据是否强大。对于我们关心的第二个维度——创新的复杂程度,我们计算参与一个创新实施的组织和职业群体的数量。因此,创新的选择是根据是否只有一个组织和职业群体参与或多个组织和职业群体参与。

每个案例的设计都是两阶段的,本研究是在1996年至1999年间开展的。在第一阶段,通过对三个关键专业人士群体(公共卫生、护理和物理疗法中的临床医生)中的意见领袖的访谈,对影响NHS地区(在急症研究中)或一个当地卫生当局(在初级护理研究中)^①中所选择的创新生涯的因素进行评估。最初,为了回应我们对来自不同职业群体被试的要求,NHS联系了我们提供的名单,我们通过“滚雪球”(“snowballing”)的方式进一步增加名字。这个阶段评估了一个地理区间内的每一个变革的结果。对于研究的这一阶段,在急症研究中共完成71个访谈,在初级护理研究中总共完成73个访谈。这个工作共产生了8个宏观的案例。

在研究的第二阶段,我们在一个现场的临床情境下开展了一个微观分析以得出我们的微观案例研究。这些微观的临床地点包含急症护理研究中的4个不同的医院情境和初级护理中的4个不同的卫生中心。这个阶段包含了对医生、护士和联盟的卫生专业人士的访谈。此处收集的二手数据包括会议记录、指导方针、报告和其他不能在正式的和同行评审的学术文献中找到的其他论文。我们也利用了非正式的观察。在这个阶段中,在急症研究中共完成48个访谈,在初级护理研究中完成40个访谈。这些工作产生了与宏观案例相联系的8个微观案例。访谈对象在宏观和微观阶段中并不重复。表1展示了在每个研究中提供了各个创新信息的访谈者的数量。

我们总共开展了232个访谈并产生了8组对比案例研究。这些访谈是实地研究者按照半结构化的“形式”(“pro formas”)执行的,每一个访谈都有一个标准的要点以优化对比分析和特有创新部分。访谈中的问题收集关于创新生涯的材料,追踪决策制定的过程,建立不同因素对传播的影响。这些面谈持续1—2个小时,同时,面谈被录音、转录和根据“形式”中的核心问题进行内容分析。在这项分析中,尽管当我们采用叙述过程研究时没有进行进一步的编码,但我们根据“形式”中的问题逐字将文本分到不同的类别。更进一步,我们生成具有共同格式的单个案例研究作为中间产出。这篇文章提供了一个在两个研究之间进行的主题分

① 急症护理创新是在全国范围内研究的,而初级护理创新则是在地方范围上研究的,因为从一个大医院到另一个医院的传播的创新可能在很大的地理范围间移动,然而地方上初级护理服务的创新传播路径可能是附近的初级护理实践。

析的结果。读者可能参阅我们早期的文章作为“审计追踪”(“audit trail”)(FitzGerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 1999, 2002; FitzGerald, Ferlie, & Hawkins, 2003; Ferlie, Wood, & FitzGerald, 1999; Ferlie, FitzGerald, & Wood, 2000)。表2展示了案例研究选择的基本原理,并指出我们如何定制样本。

表1 访谈者数量

研究和创新	宏观案例	微观案例	合计
急症护理			
选择性整形外科手术后的低分子量肝素	17	10	27
腹腔镜检查的腹股沟疝修复	17	11	28
使用计算机支持系统管理抗凝治疗服务供给	19	9	28
在怀孕和分娩中界定风险	18	18	36
急症护理合计	71	48	119
初级护理			
预防二次心脏病发作的阿司匹林	16	12	28
预防骨质疏松症的激素替代疗法	17	13	30
圣文森宣言后的糖尿病治疗法	20	4	24
在日常实践中直接雇用物理治疗师	20	11	31
初级护理合计	73	40	113
总合计	144	88	232

表2 原始的矩阵:案例研究选择^a

利益相关者	强科学证据	弱科学证据
一个核心的利益相关者	案例1,急症:选择性整形外科手术后的低分子量肝素 案例2,急症:腹腔镜检查的腹股沟疝修复	案例3,初级:预防二次心脏病发作的阿司匹林 案例4,初级:预防骨质疏松症的激素替代疗法
多个利益相关者	案例5,急症:使用计算机支持系统管理抗凝治疗服务供给 案例6,急症:在怀孕和分娩中界定风险	案例7,初级:圣文森宣言后的糖尿病治疗法 案例8,初级:在日常实践中直接雇用物理治疗师

^a 上述案例的编号是研究所需。由于现在的展示中不需要它们,它们随后都被省略。

急症案例研究中的创新

如前所述,急症部分研究中关于四项创新在全国范围内的检验是在医院中开展的。这四个创新是低分子量肝素(low-molecular-weight heparin, LMWH)在选择性整形外科手术后的使用,腹腔镜手术在腹股沟疝修复中的使用,一个新的管理抗凝治疗服务供给的计算机支持系统的引入和一个新的分娩中关于妇女护理的服务提供系统的引入。以下关于这些创新的记录通过缩写引入,包括表示“急症护理”的“AC”(“acute care”)和一个具体创新的关键描述符号。

AC 肝素。使用低分子量肝素作为在选择性整形外科手术后的反溶解血栓的预防是第一个创新。年长的人尤其需要有计划的操作以恢复臀部和膝盖的功能。这样的外科手术常常伴随着能导致肺部致命的凝块状深度血栓的危险。使用 LMW 肝素的抗凝疗法作为一种预防血栓的安全方式在血管手术中得到支持,我们的顾问判断这项创新拥有随机临床试验的强大传统。过多的抗凝作用可能导致不可控的出血、臀部和膝关节的感染,这些被整形外科医生,即涉及这项创新潜在使用的专业人员群体,视为主要风险。

AC 疝气。腹股沟疝,即胃部的器官通过腹部的内层突出,传统上是通过激光外科手术,但它是会留下 10 厘米伤口的剖腹手术。标准的修复可能带来较差的治疗结果,尤其是当实习生做手术时。从 20 世纪 80 年代后期开始,更不具攻击性的腹腔镜(“封闭的”或“锁眼”)外科技术已经用于腹股沟疝的修护。在我们的数据收集时期,关于使用腹腔镜手术治疗腹股沟疝修复的价值的证据还在发展之中,很少有随机对照试验。外科医生是潜在使用这项创新的关键专业人士群体。

AC 预防中风的抗凝作用。为潜在的中风患者引入管理口服抗凝治疗服务供给的计算机支持系统是本文研究的第三个急症护理的创新。在英国,高血压人群一个普遍的死因是处于中风风险之中,中风可以通过口服的预防血栓的抗凝药物预防。存在大量的证据支持这项疗法。目前,该疗法往往通过不经常提供专业服务的实习医师经营的医院诊所提供。测试中的技术改进指出这项服务应该转让给初级护理,这样它将得到一个高级护士而不是一个医生的指导,同时有诊断性的计算机系统支持。当这项创新被采用时,那些能在当地被管理的患者很欢迎它。

AC 分娩。关于妇女分娩中的护理,存在着国家层面的政策争议和提案,这些往往伴有明确的政治和科学标准。《改变分娩》(*Changing Childbirth*)的报告中概述了一个新的关于分娩

中妇女护理的服务提供系统(Department of Health, 1993)。这个系统给妇女提供了更多具有充分信息的选择和更多样的选择。关于分娩应该在多大程度上医学化的争论起源于认为其不是一种疾病而是自然情况的观点。助产士和一些活跃的施压群体抵制广泛的医学化。与之相反,产科医生则指出母亲和孩子的安全是最重要的。《改变分娩》(*Changing Childbirth*)扩展了选择,尤其是对低风险的妇女,细化了质量标准,例如护理的连续性,同时,设定了目标。谁来决定哪些妇女是高风险还是低风险,以及如何决定,是这项创新潜在使用的关键。

初级护理案例研究中的创新

初级护理研究中关于四个地方医疗创新的检验是在卫生中心中开展的。这四个创新是预防二次心脏病发作的阿司匹林的使用,预防骨质疏松症的激素替代疗法(HRT)的使用,初级护理中的糖尿病治疗法的使用和初级护理中直接雇用物理治疗师。以下关于这些创新的记录通过缩写引入,包括表示“初级护理”的“PC”(“primary care”)和一个具体创新的关键描述符号。

PC 阿司匹林。大量随机对照试验结果证明阿司匹林对于预防二次心脏病发作是有效的,同时,这种预防可以运用到初级护理中的大规模患者群体。这种基于当地的服务适合很多患者。我们最初将其视作主要涉及初级护理医生的单一学科的干预,但是,在实践中,护士的角色变得越来越显著。

PC 激素替代疗法。激素替代疗法(HRT)很早就作为更年期症状的镇痛物,同时,一些人 also 声称其能预防骨质疏松症(易碎的骨头)。是否有证据支持这种说法以及 HRT 是否会增加妇女疾病的风险(包括乳腺癌)存在争论。当选择这项创新时,我们认为其只涉及初级护理医生,但是,在实践中护士的角色变得越来越显著。

PC 糖尿病。糖尿病影响了 2%—5% 的英国人口,能导致长期的并发症,同时,它占到了 8%—9% 的国家卫生服务部(NHS)预算。世界卫生组织和国际糖尿病联盟发布的国际圣文森宣言(The International St. Vincent Declaration)陈述了为减少糖尿病患者中的失明、肾衰竭、坏疽、冠状健康疾病和中风以及有糖尿病的妇女正常怀孕而设计的原则。这些原则可以运用在初级护理中。护理通常是通过一个多专业的团队提供的。

PC 物理疗法。支持物理疗法在初级护理中的效能的稳健研究证据比较缺乏,这一点是公认的。但是,大量初级护理医生将提供物理疗法视为对大规模患者群体的一种服务改进(如那些患有下背疼痛的患者),这些患者没有什么其他的治疗可以使用。患者的观点是喜爱



物理疗法的。初级护理医生已经越来越多地雇用物理治疗师,导致了内科医生和物理治疗师同意联合采用新的工作实践的需求。

初步分析的结果:非线性的路径

表3报告了在实地工作结束时我们对所研究的创新变革导致的结果的评估。我们的评估是根据传播的三个指标对研究案例进行分析:(1)不同地区间的地理传播;(2)超越倡导者到更广泛大众的传播;(3)超越组织、职业和部门边界间的传播(例如从二级护理到初级护理)。

表3 创新的变革结果^a

系统间的传播	存在争论的 显著传播	争论的,同时有 一些传播	小范围	试用
PC:预防二次 心脏病发作 的阿司匹林 的使用	AC:在怀孕 和分娩中界 定风险	AC:选择性整形外 科手术后的低分 子量肝素 AC:腹腔镜检查的 腹股沟疝修复 PC:圣文森宣言后 的糖尿病治疗法	PC:预防骨质 疏松症的激 素替代疗法 PC:在日常实 践中直接雇 用物理治疗 师	AC:使用计算机支持系统管理抗 凝治疗服务供给

^a “PC”指初级护理;“AC”指急性护理。应用的三个传播指标是不同地区间的地理传播,超越倡导者到更广泛人群的传播,以及超越组织、职业和部门边界间的传播。

在表中,加粗字体表示有基于更强证据的创新。楷体表示这个创新只有一个核心的利益相关者。

传播的路径是缓慢的、复杂的和有争论的。只有一个创新(PC阿司匹林)的传播被评估为广泛的。在基于证据的创新中,传播的强限制是显著的,这显示了对“科学推动”(“science push”)的限制。有两项被视为核心的或集中的创新落在了表格的中间而不是“广泛的”(“widespread”)一端(左端)。实地工作指出在阿司匹林和HRT的案例中存在比原先设想的更高的创新复杂程度,在这两个案例中,创新传播取决于医学和护理间的变革。

我们的研究证实了创新传播的非线性模型(Van de Ven *et al.*, 1999)。在各阶段间不存在线性流或预计的顺序;实际上,在描述不稳定的、循环的和意外的过程时,“流”(“flow”)是极端不适合的,因为这个过程可能出现完全停止或反向的状况。那么,我们能否进一步使用这些数据发展非线性的理论呢?

重新分析这些实证结果

证据的强弱和创新是否是核心的不能解释不同的变革结果。我们最初并未期望创新能展示出这样复杂的传播路径。我们需要重新理论化我们的结果(Yin, 1994)。归纳理论的一个策略是展示有着明确模式的对立案例(Langley, 2001)。我们的研究中的积极的和负面的异常案例——都被科学证据强烈支持但表现出非常不同的变革结果的案例——代表了这些对立的案例。

积极的异常案例：预防二次心脏病发作的阿司匹林

在当地初级护理实践(卫生中心)中,“PC 阿司匹林”这项创新拥有广泛和最新的知识,以及广泛的使用。所有的这些初级护理实践都使用阿司匹林。在这广泛的采用背后存在着积极因素的结合,包括极其强大的证据基础。这项创新影响了初级护理中面临严重不利结果的大量患者,它管理起来简单便宜,同时患者对这项流行的治疗方式很尊崇。存在着自上而下的国家政策来保证实践的变革,本研究中的四个卫生当局中的三个都指出阿司匹林在初级护理中的使用是当地政策优先考虑的事情。宏观案例中的卫生当局对所有当地初级护理的实践都进行了一次强化该方式的审计。

第二阶段的微观案例研究(微观案例研究的实质在前文的方法部分已定义)来自六位医生的初级护理实践,他们中的大多数活跃在继续职业教育和当地大学的相关院系。这些卫生中心是早期的采用者,同时,一个合作者已经在《英国医学期刊》(*British Medical Journal*)就这个话题发表了一篇论文。在初级护理中存在一个当地的和可信的倡导者。这篇论文发表后,一个包含了感兴趣的医生、护士和附加的员工的“慢性护理特殊兴趣群体”(“chronic care special interest group”)定期见面探讨关于患者管理的草案。同时,这项实践中,有一个邀请所有员工,包括前台接待员和行政管理者的每周例会。

草案完成之后,建立了一个护士领导的动脉诊所来监督患者。日常监控的责任从医生到护士的转变是非常重要的。在这项实践中,护理组织决定护士在新的诊所中应该怎么做。在本研究的过程中,一周内进行了三次护士领导但由一个医生支持的临床医疗。患者可以找护士做检查、恢复信心并得到质疑医生的鼓励。医生和护士有途径获得最新的证据(如继续专