

美國山際衛生組織不斷改善醫療品質的創新歷程

胡笑霞 Jeffrey Braithwaite* Anna Whelan*

摘要 本文通過對美國山際衛生組織 (Intermountain Health Care, IHC) 不斷改善醫療的組織創新歷程的描述, 探討該過程的特點及影響因素, 以期能為醫療衛生組織或其他組織實施組織創新提供一定的參考。本研究最主要的發現是IHC組織創新是一個複雜的但仍然有跡可循的過程, 而不是終點。該過程是動態的和迴圈的三個時期和十三個階段。

關鍵詞 醫療品質管制 組織創新歷程 影響因素

1. 前言

環境與知識的高速更新促使醫療機構不斷進行組織創新, 例如應用新方法來提升醫療品質。但是, 成功的相關因素是複雜的。Walshe和Freeman (2002)指出, “在促進或阻礙醫療品質改革的因素中, 越來越多的共識認為, 領導藝術、改革方向、組織文化、員工培訓、資源配置和實踐支援等都是很重要的”。而在現實世界中, 如何支配這些因素的實踐性知識卻是有限的。組織創新往往是一個一波三折的歷程, 包括挫折階段。但是, 管理者常犯的一個錯誤是過早地對創新的成敗下結論, 導致創新項目的夭折。關於技術研發創新的相關研究較多, 然而就整體組織觀點來探討組織創新的研究則相對較少。組織創新的研究既包括創新擴散模式和組織創新能力的研究, 也包括創新歷程的研究。本研究的範圍是後者。本文通過以階段/歷程模式探討美國山際衛生組織 (IHC) 應用新方法的創新歷程的形成過程, 並試圖瞭解各歷程之影響因素, 以期能為醫療機構創新提供一定的參考。本研究運用了量性和質性相結合, 以質性為主的研究方法。質性的資料收集方法是進行關鍵人物深入訪談, 以及收集醫院內部相關檔案資料, 目的是分析該機構改善醫療品質的創新歷程。量性的資料收集方法是員工問卷調查, 目的是分析該機構的組織文化方面的因素。本文介紹的是該研究其中一個重要結果, 就是使用質性研究方法得到的關於IHC創新歷程的研究結果。

2. IHC簡介

IHC位於美國猶他州, 創立於1975年, 由當地一個教會捐贈的15家醫院組成。到2000年, IHC擁有21

家醫院, 33個診所, 16家家庭服務機構, 10家婦女保健中心, 一個雇用了450名醫師的醫生分公司和一個醫療保險公司。早在1987年, IHC就開始通過實施知識管理來改善醫療品質和降低醫療成本。

知識管理上的創新不但帶給IHC品質與成本優勢, 也有助於IHC的生存與發展。在過去多年裏, IHC在美國醫療市場競爭激烈的市場環境下, 同一市場的其他醫院卻不乏倒閉和多次易主的。而IHC的市場份額由1986年的50%增長到了1999年的62%。與此同時, IHC應用知識管理進行品質管制的成功得到了同行的認可。例如, IHC的5位員工曾被邀請到華盛頓, 為總統衛生服務改革特別專案組出謀劃策。IHC被克林頓政府譽為國家衛生改革的典範、品質改進和成本降低的典範。

3. 研究方法

這是一個探索性的質性研究。資料收集方法包括進行關鍵人物深入訪談, 以及收集醫院檔與官方資料、書籍或其他用途而搜集到的相關檔案資料。然後, 以創新歷程為概念架構, 使用紮根理論 (Grounded theory) (Strauss & Corbin, 1998)來指導質性資料收集與分析。

3.1 關鍵人物深入訪談

關鍵人物深入訪談的目的是瞭解IHC創新的背景及經過、受訪者在創新歷程中擔當的角色、他們對所出現問題及創新效果的看法。IHC52名中高層管理者參與了訪談。關鍵人物來自總部、醫院、疾病中心, 不同專業的管理者, 包括醫生、護士、財務、資訊、支援等中高層管理者。訪談是半結構性的, 根據預先準備好的訪談提綱進行。每個訪談時間在45-60分鐘之間, 訪談內容均被轉譯成文字進行分析。

3.2 相關檔案資料分析

檔案資料分析的目的是瞭解一些從訪談中得不

到的資訊，理解及驗證訪談中得到的資訊。本研究共收集與IHC改革過程或結果相關的內部資料共396件，包括年度報告（1975-2001）；與改革歷程有關的內部信函；IHC歷史專輯(1995)；IHC的年度醫生問卷調查（2000）；年度組織目標（1991-2001）；關於IHC如何改善服務的高級培訓教材；與醫療業務管理有關的會議記錄；每月醫療品質目標追蹤報告；過往組織特殊榮耀申請書；IHC定期病人滿意度調查結果；財務報表。

4. 研究結果

通過訪談及現有檔案資料的分析，本研究發現IHC全面實施新方法的組織創新歷程包含三個時期十三個階段。同時，外界環境、內部人力、物力、財力、組織文化等有利因素貫穿其中。下面是這些概念的具體描述。

4.1 第一個時期：創新觀念的產生和發展

4.1.1 第一階段：環境的變化導致組織變化

所謂創新，就是，對組織來說是新的東西都是創新。環境的變化指的是外界政治、經濟、社會的變化。組織變化包括管理架構、激勵機制、考核機制、培訓機制、資訊系統的改變等。1985年，美國政府及醫療保險公司開始採用預期支付系統（prospective payment system）。IHC為了控制衛生服務的利用及其費用，採取了“確立嚴格的服務利用程式，審核醫生的操作模式，找出有問題的醫生並令其改正”等措施。但這不僅導致了醫院管理者和醫生之間的敵對狀態，而且也沒有解決問題。

IHC的主管最後認為，“解決問題較好的方法是醫院在衛生服務利用的管理上支援醫生，讓醫生自己尋找最佳的實踐方案，在品質和成本效益的互動作用中，尊重患者對決策的意見”。於是，IHC進行組織變化，“讓醫生參與IHC的管理”，在1985年成立了醫療管理委員會（Medical Executive Council MEC）。該委員會的作用是參與醫院服務利用標準的制定，評估新技術，設計病人服務方案，以及提供醫師報告和制定IHC醫療保險的支付體系。在此之前，IHC與其他美國醫療機構一樣，臨床醫生並不深入參與醫療服務的管理。

4.1.2 第二階段：新方法的出現

新方法的出現是指提出並嘗試。當讓醫生開

始參與管理並對環境變化做出反應時，新方法QUE（Quality, Utilization and Efficiency）研究就被提出來了。QUE研究就是針對同一治療方法，例如心臟搭橋手術對比不同醫生的不同品質與成本表現。有受訪者認為，“該研究美其名曰，為了達到最好的品質及最低的成本，尋找合理的資源利用評估標準及最優操作方案。主要目的是成本控制”。綜合不同受訪者的意見及相關文獻，其實，兩個目的都是有的。

4.1.3 第三階段：關鍵人物的加入

關鍵人物是有新方法的相關知識，有熱情與推動能力的領導人物，導致新管理辦法的改進。QUE研究開始一年後，來自哈佛大學的BJ（醫院服務研究中心的主任）加入了IHC醫療事務部並帶來了一些新想法。BJ的醫學、科研、生物統計學及電腦背景補充了研究團隊現有的能力。那時QUE參與者並不滿意當時他們的研究方法，其主要問題是效率低，需要收集太多的病人情況。BJ在外面同僚的建議下學習了當時在美國剛開始流行的全面品質管制的論著，還到外面接受培訓。回來後對現有的QUE方法進行了改進，主要是選擇病種、患病嚴重程度、併發症、預期結果等方面都相似的病人，以防症狀的差異干擾研究。然後，針對不同醫生在不同醫院的資源使用效率進行分析比較，找出較好的做法，然後把好的做法在院內傳播。這樣，本來利用資料找出不合理的做法及做得不好的醫生的品質保障系統，就變成了一個從過去經驗方面的資料中總結，找出並利用最優做法的品質改善系統。但是由於不希望被認為追趕時尚但不一定有效的管理方法，“醫療實踐改善小組”不把新方法被稱呼為“知識管理”或“全面品質管制”，而是“醫療實踐改善方法”。QUE小組也從此改名為“醫療實踐改善小組”（The Clinical Practice Improvement Group）。

4.1.4 第四階段：新管理辦法轟動性成功

所謂轟動性成功就是新方法的做法及成效得到組織成員認同，並爭先學習的。IHC董事會拿出300,000美元來資助QUE研究。第一項QUE研究是關於經尿道切除前列腺術（TURPs），因為它是不但費用高，並且在不同醫院及不同醫生間費用的差異也非常大。使用QUE方法進行研究分析後，“醫療實踐改善小組”把分析結果回饋給相關醫生。競爭意識強烈也聰明的醫生們自覺地學習吸收了研究

結果發現的最優做法。幾個月後再進行研究分析，發現TURPs取得了很大的效果，“住院日縮短了，費用降低了，治療效果改善了”。這些成果不但被刊登在IHC的內部刊物上，BJ和其他小組成員也到組織內的醫院進行巡迴報告。這些活動誘發很多組織成員要求BJ小組給予訓練，並開始進行類似的專案。除了TURPs以外，1987年，膽囊切除術的研究開始實施。1988年，另外10個研究也開始進行。

4.2 第二個時期：接受新方法

4.2.1 第五階段：聯合不同利益相關者

為推進組織創新，在組織內全面使用新方法，改革者聯合及培訓內部有興趣參與改革的成員、有能力推進改革或需要參與改革的領導、組織同業。在1988年底，“醫療實踐改善小組”的成員（改革者）希望將“醫療實踐改善方法”的應用擴展到整個IHC。BJ首先接觸到IHC一家醫院前院長CC並得到他的幫助。BJ自稱是“理論家”，而CC被稱是一個“執行者”。他們一起列了一個高層管理人員名單，包括計畫制定、護理、資訊系統、人力資源、專業服務、傳統品質保障、健康計畫的核心人物以及IHC各個醫院的高層管理者。然後，分工逐一進行說服，最終形成聯盟。當然並不是所有人都接受變革。例如，那些忠誠於原先品質保證方法的人。同時，還有另外一些人希望在全面實施前得到更多的資訊。1988年，那份名單上的管理者整體做出了讓步。他們成立了“品質委員會”，起草了品質任務陳述，制定了一份“醫療實踐改善方法”策略計畫。“品質委員會”的角色為支持品質專案，教育員工，充當顧問，去除制度上的障礙，收集、整理並宣傳成績。

“醫療實踐改善小組”的成員還試圖與本行業的其他組織結盟。例如，1990年8月，申請並獲得羅伯特·伍德·詹森基金會資助其與猶他大學醫學中心和鹽湖城老兵醫療中心合作，以發展醫院品質專案。這些行業聯盟給了所有員工一個信號，“醫療實踐改善方法”是正確的。IHC的最高層管理者起初並不熱心於“醫療實踐改善方法”，儘管大部分人容忍了變革。為了獲得高層的支援，“醫療實踐改善小組”邀請他們在內部討論會上發言，或者對那些想學習IHC“醫療實踐改善方法”的外來參觀者講話，這個方法很奏效。

4.2.2 第六階段：建立技術性輔助機構

新方法有技術成分及配套要求，需要有足夠

能力的人及部門來輔助。原來那個主要由醫院管理者組成的“品質委員會”在政策決策中表現優秀，但在執行方面卻欠佳。因此，於1990年重組，添加進了一個核心品質小組，來指導整個品質改革項目的日常運行。1991年，IHC又增加了一個“醫療品質委員會”（Clinical Quality Committee，CQC），由大約20個的醫生組成，其目標是研究最優醫療服務過程模式，再進行系統的執行，希望這樣將會獲得醫生們積極的回應及支持。CQC也沒有達到預期效果。於是，於1993年1月，CQC改革，變成負責指導及輔助的“醫療服務提供改善研究所”，IHCDR（Institute of Health Care Delivery Improvement），BJ成為執行主管。IHCDR的管理委員會由高級管理人員組成。它與IHC的其他功能部分既保持一定的聯繫，又保持自身一定的獨立性。此後，IHCDR的目標轉為擴展“醫療實踐改善方法”，協助IHC建立全面的“醫療實踐改善方法”教育計畫，研究並傳播IHC應用“醫療實踐改善方法”所需的測量和分析方法，為IHC品質的改善項目提供直接的技術支援。

4.2.3 第七階段：新方法被正式接受

正式接受是指新方法成為組織管理高層的研究議題及成為組織創新的目標。1991年4月，IHC榮獲美國衛生保健品質的最高榮譽——The Healthcare Forum/Witt Award: Commitment to Quality。於1990年春天中高層管理年度會議上，200名管理者接受了使用“醫療實踐改善方法”相關專案的情況報導。品質成為1990年和1991年的中高層管理年度會議主題。在1991年，IHC的管理者採納“醫療實踐改善方法”作為它的基本管理策略，並且制定建立IHC知識管理組織文化的目標。

4.2.4 第八階段：新方法全員培訓

全員培訓指的是組織領導及相關的人員都得到新方法的培訓。“品質委員會”意識到，要在IHC內部討論如何品質改善就需要有一個共同的語言和一個共同的理解。IHCDR設計並提供了有針對性的一系列“醫療實踐改善方法”培訓課程。這些培訓課程既針對IHC內部員工，包括所以管理高層及與醫療服務操作的相關人員，也開放給外界。

4.2.5 第九階段：制定全面應用新方法的措施

全面應用新方法的措施包括配套體系、結構來測量、監控、更新改革。截至1995年，在IHC已經實施了超過60個醫療品質改善項目，同時還包括超

過1,000個非醫療方面的品質改善項目。一些項目直接為患者改善了醫療效果，而另一些在保持或改善了醫療效果的同時減少了費用。IHC的主管意識到這些改善只是發生在實施了這些方法的醫院或者部門，沒有得到全面擴散。如果這些方法得到全面應用，IHC每年可減少1億美元的醫療成本。儘管大家都認為這並不容易，原因是缺乏有效的配套體系、結構來測量、監控、更新改革。

BJ為了找到拓展和維持“醫療實踐改善方法”的措施，就找到在IHC素有戰略家稱號的DB。這年剛好是IHC的長期戰略規劃年。這次，IHC邀請了Deloitte Touche管理顧問公司協助這個工作。DB和BJ發現，他們已經想到了Deloitte公司提供的議題。六個月後，IHC決定不再需要Deloitte公司的幫助，並採用DB和BJ目的仍然是改善品質降低成本的“無折衷醫療服務”（Caring Without Compromise）戰略規劃，其目標全面應用知識方法來進行醫療整合。

4.3 第三個時期：全面應用新方法

4.3.1 第十階段：公開徵詢意見

全面應用是指組織內相關人員都統一使用新方法，而並非局限與原有的嘗試者。公開徵詢意見指的是正式實施前，提供書面資料與員工溝通及得到員工認可。1996年，DB制定了一個稱為“醫療專案”（Clinical Programs）的實施戰略規劃的行動計劃。這個“醫療專案”主要包括一個以疾病為中心的管理結構。為了“得到員工的回應及減少反抗心理”，他組織了一個由臨床醫生和管理者組成的委員會作為回應委員會，並邀請委員會成員對計劃草稿進行評論以及提供意見。委員會成員是需要徵詢各自部分的員工的。

4.3.2 第十一階段：實施計畫試點

試點是針對新方法的全面實施方案在某一個點進行。資訊技術對於決策的支援是至關重要的。在實施“醫療專案”之前，IHC的IT（資訊技術）部門就開始做一個電子資料庫以整合它的臨床和管理資料。因此，創建成果追蹤體系的首要任務就是設計一系列的資料庫分支。從1997年就開始。IHC每年投入5百萬到6百萬美元在這些“醫療專案”，大約一半用於資料庫體系建設，一半用於管理架構建設。1997年，IHC選擇心血管和婦兒“醫療專案”作為試點開始實施。建立這個稱為門診專案的管理架構。1998年1月，IHC又實施了

基礎保健“醫療專案”。

1999年7月，“醫療專案”實施委員會解散了，取而代之的是一個“高層指導委員會”，來指導及協調3個“醫療專案”內部以及項目之間的活動。1999年11月，資訊管理小組、保健管理小組、教育小組成立以協助“醫療專案”的知識創新活動。2000年，“心血管醫療專案”開始制定醫療決策指引，“基礎保健醫療專案”開始制定診療程式指引。

同樣在2000年，肌肉神經外科“醫療專案”也得到了實施，但是實施的很慢。2001年初，該“醫療專案”領導人辭職了。肌肉神經外科“醫療專案”實施較慢一部分歸因於一個費用的爭論。一些被調查者認為另一個主要原因是肌肉神經外科醫生缺乏領導力及缺乏合作的文化。

4.3.3 第十二階段：實施效益評估

效益評估是指有具體真實數字的經濟付出及收益總結，分析及公佈。2000年，DB和來自財務部門、策略計劃、醫師關係和醫療保險的小組成員對“醫療專案”的實施進行了效益分析。他們發現前兩年為淨損失，後來才有淨收益。這份分析提交給了IHC的高級主管。

4.3.4 第十三階段：創新過程迴圈不斷

迴圈不斷是指因應新情況的出現而重新開始整個創新歷程或某幾個階段。2001年，激勵機制得到了實施，但是也遇到問題。儘管IHC的資訊系統比其他醫療機構更成熟，但是還是不完善的，不足以準確捕獲臨床操作與財務表現聯繫的資訊。激勵機制只在“基礎保健醫療專案”得到實施，並沒有在其他兩個“醫療專案”開展。2000年3月，由於宣佈要在肌肉神經外科“醫療專案”實施激勵機制，由於擔心被扣除費用的支付，12名整形外科醫生和神經外科醫生辭職。

IHC擁有多家醫院，而“醫療專案”不是由醫院院長領頭的。“醫療專案”遭遇的另一個問題是醫院院長的抵抗。由於每一個IHC醫院的財務系統是獨立的，如果沒有得到醫院院長的配合以及其資源的投入，“醫療專案”就無法有效地實施。醫院院長的抵抗來自多方面的原因。其中最重要的一個是他們的績效指標是淨收益，而導致他們對收益和支出控制的需要。“醫療專案”提煉出來的醫療決策指引或診療流程的實施往往會影響到醫院短期的收益和支出，例如，病人量少了及員工花在參與

“醫療專案”時間多了。“醫療專案”的目標是改善病人服務的品質和他們的成本或者說其目標是整個組織的長期發展。為了解決缺乏醫院院長支持的問題，IHC再次進行構架重整，把病人人均醫療費用和“醫療專案”目標納入醫院管理者的績效考核指標。

5. 討論與建議

5.1 創新歷程的特點：動態的三個時期十三個階段

“一波三折，堅持不懈”貼切地描述了IHC改善服務品質及降低成本的組織創新過程。從1985年到2001年，IHC的創新經過了三個時期十三個階段，就如著名著作【創新的擴散】作者Rogers(1995)指出，創新或創新的推廣需要一個過程。但是，IHC的歷程並不支持Rogers所指出的創新五個時期：知悉階段、說服階段、決定階段、執行階段、確認階段。IHC創新的第一個階段不但知悉，還改進了所引進的新主意，而且根據變化在不同階段都不斷對其進行創新。本研究的發現似乎更符合Van, Polley, Garud & Venkatraman (1999)【創新歷程】的理論。該理論指出創新經過接觸、發展及實施三個時期及十二個階段。這十二個階段是：醞釀、震驚、計劃、激增、人員流動、挫折、標準變化、執行者參與、關係、基礎建設採納、結束。IHC的創新經歷不完全一致地經過這三個時期及其十二個階段，主要存在三大差異。1. 首先，在IHC，對知識管理的主意的接觸及發展都在第一個時期同時進行，而Van等人【創新歷程】理論認為這是兩個獨立的時期。這可能是因為IHC原來就有自己的想法，而同時從商業界引進的想法又不是十分適合複雜的醫療機構。2. 然後，機構其他相關利益者接受知識管理的主意需時較長，從1988年到1995年，可以被認為是獨立一個時期。這可能跟醫療系統裏利益團體較多，而且IHC又是一個相對大的機構有關。所以，IHC的創新歷程比Van等人【創新歷程】增加了一個接受新主意的時期。3. 在最後一個時期裏，IHC似乎沒有“結束”這一階段的跡象。這個發現跟本研究進行時IHC的知識管理實施還沒有結束有關，但是，更大的可能性是創新的實施不是最終目的而是手段。本研究的學術貢獻主要在於Van等人的理論基礎上，縮小第一時期和擴大第二時期的作用，

構建一個值得醫療機構領導參考的組織創新歷程模式。

5.2 創新歷程的影響因素：天時、地利、人和

本研究還發現天時、地利、人和這些有利因素貫穿IHC實施改善醫療品質新方法的創新歷程。所謂天時就是外部環境，包括外界政治、經濟、社會的變化都為IHC的創新提供了動力。地利就是內部條件，包括內部物力和財力，為變革提供支援。人和就是組織文化及人力，為變革提供支援和能力。

“天時”就是Amabile, collins, conti & Phillips (1996)組織創新模式中的環境因素。本研究把Amabile組織創新模式中的個人因素（關鍵人物、組織成員創造力、個人心態和個人經驗）和組織因素（組織資源和組織文化）重新組合為“地利”和“人和”因素。原因是組織文化也是與人有關，而且深受個人影響。本研究僅就訪談結果並無法深入剖析各因素對不同階段組織創新成效之影響方式或程度，後續研究可針對此模式再進行探討。

5.3 建議

IHC的成功案例給正在實施創新的醫院領導提供了如下啟發：

- ◆創新的實施是一個動態而混亂的過程，按部就班的創新實施是不必要的，過早地判斷創新結果往往是錯誤的。堅持不懈是創新成功的一個要素。
- ◆組織創新會受到很多因素的影響，只有妥善處理這些影響因素，才能夠使變革順利開展。還應該儘量找出讓領導及員工接受新事物的方法，例如，在採用前給予機會進行嘗試；利用可以看得到的而且重要的嘗試結果；整合現有的系統及做法。
- ◆創新歷程中，前期投入是必要的，包括員工培訓及支援系統例如資訊系統的建設。
- ◆合格的創新領袖應該是既對新方法有充分的瞭解和把握，又具有領導及管理的知識與技能的人。對於國內醫院管理的現況，應該加大醫生或護士等臨床專業的管理人員管領導能力的改善。要加快創新的進程，醫院應該找出適宜的人選來做創新先驅者和早期使用者。

參考文獻

- Amabile, T., Collins, M., Conti, R., & Phillips, Y. (1996). *Creativity in Context: Update to the Social Psychology of Creativity*. Boulder, Colo: Westview Press.

Educational Researcher, 33(7), 14-26.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Spector, W. P. (1990). Functional disability scales. In R. Spilker (Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Raven Press.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). The past and future of mixed methods research: From data triangulation to mixed model designs. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 671-702). Thousand Oaks: Sage.

Thompson, D. (2000). The male role stereotype. In V. Cyrus (Ed.), *Experiencing race, class, and gender in the United States* (3rd ed., pp. 146-148). Mayfield: California.

Thurmond, V. A. (2001). The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 253-258.

Tsai, Y., Chung, J. W. Y., Wong, T. K. S., & Huang, C. (2005). Comparison of the prevalence and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home residents in Taiwan and Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 315-321.

Van Manen, M. (1984). *Practicing phenomenological*

writing. *Phenomenology and Pedagogy*, 2(1), 36-69.

Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed.). Ontario: University of Western Ontario.

Wang, Y. L. (2000). *Rehabilitation assessment tools*. Beijing: People Health Press.

Wilde, M. H. (2002). Urine flowing: A phenomenological study of living with a urinary catheter. *Research in Nursing & Health*, 25, 14-24.

混合式方法在澳門抑鬱老人研究中的應用

Wen Zeng Bridie Kent* Nicola North** Leung Luk

摘要目的：實例分析混合式方法在澳門抑鬱老人研究的應用。**方法：**採用質性研究與量性研究相結合的混合式方法對澳門抑鬱老人進行研究。質性研究採用Van Manen's 演繹性現象學研究方法，量性研究採用如精神認知狀態問卷(MSQ)、老年抑鬱量表(GDS-15)、巴氏日常活動能力評估量表(BI)、Lawton工具性日常活動能力評估量表(IADL)、Lubben社會網路量表(LSNS)、健康調查問卷(SF-36QOL)等一系列量表。結果：量性研究結果與質性研究結果共同顯示澳門抑鬱老人表現為負面情緒、生理限制、生活困苦及社交局限、悲慘經歷四大領域。**結論：**混合式方法能夠成功的應用在澳門抑鬱老人的研究中。

關鍵詞 混合式方法 老年人 抑鬱 中國文化

(接13頁)

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovation* (4th ed.). New York: The Free Press.

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Van de Ven, A., Polley, D., Garud, R., & Venkatraman, S. (1999). *The Innovation Journey*. New York: Oxford University Press.

Walshe, K., & Freeman, T. (2002). Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 85-87.

The innovation journey of Intermountain Health Care (USA) in improving medical quality

Xiao Xia Hu Jeffrey Braithwaite* Anna Whelan*

Abstract This paper analyses the process of how Intermountain Health Care (IHC) of America innovated to improve medical quality. The characteristics of the innovation journey and associated factors are studied. The study found the IHC innovation was a complex but somewhat traceable journey, but not an end. The journey was dynamic and cyclic and had three phases and thirteen steps. The findings contribute to the theory of innovation journey and provide practical insights for practitioners.

Key words Medical quality management Innovation journey Organizational change