

社区基层医疗卫生机构全科医生对医防融合的认知评价

李 艳¹, 唐 岚², 黄 豪^{3*}

¹上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心科教科, 上海

²上海市浦东新区潍坊社区卫生服务中心全科, 上海

³上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心院部, 上海

收稿日期: 2024年10月8日; 录用日期: 2024年11月2日; 发布日期: 2024年11月11日

摘 要

目的: 了解和评价浦东新区基层医疗卫生机构全科医生对医防融合的主观认识, 并分析其影响因素, 为浦东新区社区家庭医生团队实施慢性病医防融合管理提供参考。方法: 于2024年8~9月采用医防融合认识评价调查表针对浦东新区4类地区采取分层随机抽样, 共抽取12家社区共计242名全科医生进行调查, 问卷采用likert四级评分表, 问卷运用因子分析来进行结构效度检测, 此外针对标准化后的综合认知得分进行描述性统计、单因素及多因素分析来检验在年龄、性别、学历、工作年限、地区划分和有无行政职务方面的差异。结果: 新区全科医生医防融合主观认识的调查结果经过因子分析降维后得出环境支持公因子、科室层次合作公因子和个人层面认知公因子, 3公因子得分进行转化分别为 3.15 ± 0.79 、 2.82 ± 0.70 和 3.14 ± 0.653 , 累积方差贡献率为60.947%, 进行单因素和多因素分析显示年龄46岁以上、文化程度硕士及以上、职称为副高及以上、工作年限21年及以上以及有行政职务的全科医生其得分高, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。结论: 基层医疗机构全科医生感知到医防融合环境支持、科室间协作不强, 个人层面对于医疗和预防的认知还存在较强的专业界限, 未来基层医疗机构管理者还需要通过加强跨学科培训、优化人力资源配置、强化电子信息系统建设, 并实施精细化的团队协作和绩效激励制度, 以促进医防融合策略的全面实施和慢性病服务的持续改进。

关键词

社区基层医疗卫生机构, 全科医生, 医防融合, 认知评价

Evaluation of General Practitioners' Perception of Medical-Preventive Integration in Community Primary Health Care Organizations

*通讯作者。

文章引用: 李艳, 唐岚, 黄豪. 社区基层医疗卫生机构全科医生对医防融合的认知评价[J]. 临床医学进展, 2024, 14(11): 611-619. DOI: 10.12677/acm.2024.14112922

Yan Li¹, Lan Tang², Hao Huang^{3*}

¹Department of Science and Education, JinYang Community Health Service Center, Pudong New District, Shanghai

²Department of General Practice, Weifang Community Health Service Center, Pudong New District, Shanghai

³Hospital Department, JinYang Community Health Service Center, Pudong New Area, Shanghai

Received: Oct. 8th, 2024; accepted: Nov. 2nd, 2024; published: Nov. 11th, 2024

Abstract

Objective: To understand and evaluate the subjective knowledge of GPs in primary healthcare organizations in Pudong New Area on the integration of healthcare and prevention, and analyze its influencing factors, in order to provide reference for the implementation of the integration of healthcare and prevention management of chronic diseases by community family doctor teams in Pudong New Area. **Methods:** In August-September 2024, a stratified random sample of 242 GPs from 12 communities in the Pudong New Area was surveyed using the Medical Prevention Integration Awareness Evaluation Questionnaire (MPIEQ). The questionnaire was scored on a likert scale, and the questionnaire was analyzed using factor analysis for structural validity, and the standardized composite cognitive scores were subjected to descriptive statistics, single-factor and multifactor analyses to examine the effects of age, sex, and gender. In addition, descriptive statistics, one-way and multifactor analyses were conducted to examine the differences in age, gender, education, years of experience, regional division, and the presence or absence of administrative positions in the standardized composite cognitive scores. **Results:** The results of the survey on the subjective knowledge of medical integration among general practitioners in the new district were reduced by factor analysis to obtain the environmental support, department-level cooperation, and individual-level cognition public factors, and the scores of the three public factors were transformed to be 3.15 ± 0.79 , 2.82 ± 0.70 , and 3.14 ± 0.653 , respectively, with a cumulative ANOVA contribution rate of 60.947%. Univariate and multivariate analyses showed that GPs who were older than 46 years old, had a master's degree or higher in education, had a title of associate professor or higher, had 21 or more years of experience, and had an administrative position had high scores, and the difference was statistically significant at $P < 0.05$. **Conclusion:** GPs in primary care perceived a supportive environment for medical and preventive integration, weak interdepartmental collaboration, and a strong personal-level perception of the importance of medical care and prevention are still perceived as having strong professional boundaries. In the future, primary care managers also need to strengthen interdisciplinary training, optimize the allocation of human resources, enhance the construction of electronic information systems, and implement a refined teamwork and performance incentive system to promote the full implementation of the healthcare and prevention integration strategy and the continuous improvement of chronic disease services.

Keywords

Community Primary Healthcare Organizations, General Practitioners, Medical and Preventive Integration, Cognitive Evaluation

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性病尤其是糖尿病和高血压，是当前我国面临的主要公共卫生问题之一。研究显示 2021 年中国糖

尿病发病人数超过 400 万(总体糖尿病的年龄标准化发病率为 244.57/10 万),患病总人数超过 1.17 亿(总体糖尿病的年龄标准化患病率为 6142.29/10 万),糖尿病死亡人数约为 178475.73 例,年龄标化死亡率为 8.98/10 万,1990~2021 年的 30 年间,总体糖尿病发病率的估计年度变化百分比为 1.10%,总体糖尿病患病率估计年度变化百分比为 1.65%。中国糖尿病导致 DALYs 为 11713613.86,年龄标化率为 585.43/10 万,年变化百分比为 0.57% [1]。《中国心血管健康与疾病报告 2021》报告中国目前约有 2.45 亿高血压患者,且患病率随年龄增长而升高[2]。国家卫生健康委员会采取了一系列“以基层为重点,以预防为主”慢性病防控方针,社区医疗机构是进行心血管疾病防治的重要组成部分。相关文件明确指出要推进基层医防融合试点和管理工作的,以高血压、糖尿病等慢性病为突破口促进医防融合,鼓励基层医疗卫生机构强化慢性病管理职能,倡导建立以全科医生为主体、医防有机融合的家庭医生签约服务模式,实现医疗服务与公共卫生服务的有效协同[3]-[5]。然而对于社区基层医疗机构医务人员对于医防融合认知评价的研究呈现不多[6] [7],针对社区全科医生对于医防融合的认知评价的研究未见报道,社区全科医生群体是推动医防融合实践、提升社区健康管理水平和实现有效慢性病管理的关键力量,为此本研究立足上海市浦东新区的社区全科医生群体,了解其对医防融合的主观认识、接受态度,评价和分析浦东新区全科医生在行动上开展医防融合式慢性管理的主观认识基础,研究有助于优化医防融合策略,确保医防政策在基层医疗机构得到有效实施。

2. 对象与方法

2.1. 研究对象

于 2024 年 8 月~9 月针对浦东新区 47 家社区采用分层随机抽样,浦东新区社区按照地理区域划分 A 类农村社区、B 类农村和郊区结合片社区、C 类城乡结合社区、D 类城市片区社区,各片区的社区按照邮政编码进行排序,采用简单随机抽样每类片区抽取 3 家社区,每家抽中的社区随机纳入 20 名全科医生进行问卷调查。

2.2. 研究方法

国内学者袁蓓蓓团队对于医防融合的认识的定义为医生和护士对于医防专业界限、整合提供行为、整合的工作环境的主观认知,并在综合了中英文文献和结合专家咨询的基础上首次提出形成了医防整合认知问卷,该问卷包含 12 个变量条目,采用 1~4 分评分法,1 分表示非常不同意、2 分表示不同意、3 分表示同意、4 分表示非常同意来测量对于医防整合的认同态度,问卷进行了因子分析效度评价表明具有较好的效度[6]。本研究引用该测量问卷并设计一般人口学问卷针对浦东新区社区全科医生进行医防融合的认知评价,由课题组成员担任具体调查工作,由各社区提前安排并组织被调查对象,课题组调查员在进行现场解说调查的意义、各部分填写的注意事项,问卷采取现场扫描问卷星二维码的形式开展,现场问卷填写过程中存在疑惑的由调查员进行解释。最终填写问卷 249 份,经后台导出问卷内容完整性和内容有效性核实,有效回收问卷 242 份,问卷的有效回收率为 97.19%。

2.3. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 进行问卷数据录入和统计分析。相关资料首先进行描述性分析,医防融合问卷测量条目采用因子分析来进行效度检验,根据因子得分进行标准化并转化为四分制,进行认识评价。针对标准化后的综合评分作为因变量,以年龄、性别、学历、职称、工作年限、社区区域划分、有无行政职务等因素进行单因素分析以及后续差异的两两比较,其中符合正态分布和方差齐性的采用 t 检验和方差分析,不符合正态分布和方差齐性的采用多独立样本的非参数 Kruskal-Wallis H 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计

学意义，总体有统计学差异的再进行两两比较，此时检验水准采用 Bonferroni 校正 P 值来判定，校正后 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 调查对象基本情况

调研对象的一般人口学资料见下表 1，以综合标准化的认知评价得分 F 为因变量，以性别、年龄、区域、教育程度、职称、工作年限和职务等为自变量进行单因素统计分析，显示医防融合认知评价得分在不同年龄、教育程度、职称、工作年限和职务上有统计学差异，进一步进行两两比较显示年龄 46 岁以上、文化程度硕士及以上、职称为副高及以上、工作年限 21 年及以上以及有行政职务的全科医生其得分高，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。

Table 1. Basic information of general practitioners in community medical institutions included in the survey
表 1. 纳入调查的社区医疗机构全科医生基本情况

指标	例数(百分比%)	标化医防融合认识分值	t/F/H 值	P 值
性别				
男	120 (49.6%)	2.8466 ± 0.6971	0.011	0.992
女	122 (50.4%)	2.8475 ± 0.7024		
年龄				
35 岁以下	14 (5.8%)	2.20 ± 1.13	15.976	P < 0.001
36~45 岁	161 (66.5%)	2.81 ± 0.63		
46 岁以上	67 (27.7%)	3.06 ± 0.66		
区域				
A 片区	62 (25.6%)	2.88 ± 0.72	0.248	0.863
B 片区	61 (25.2%)	2.89 ± 0.71		
C 片区	58 (24.0%)	2.81 ± 0.68		
D 片区	61 (25.2%)	2.80 ± 0.70		
教育程度				
大专及以下	55 (22.7%)	2.61 ± 0.81	21.419	P < 0.001
本科	175 (72.3%)	2.84 ± 0.61		
硕士及以上	12 (5.0%)	3.96 ± 0.10		
职称				
初级职称	74 (30.6%)	2.49 ± 0.49	53.525	P < 0.001
中级职称	109 (45.0%)	2.74 ± 0.76		
副高及以上	59 (24.4%)	3.50 ± 0.17		
工作年限				
10 年及以内	97 (40.1%)	2.66 ± 0.66	10.151	P < 0.001
11~20 年	129 (53.3%)	2.91 ± 0.72		
21 年及以上	16 (6.6%)	3.41 ± 0.08		

续表

职务				
无行政职务	176 (72.7%)	2.56 ± 0.59	14.389	$P < 0.001$
有行政职务	66 (27.3%)	3.62 ± 0.21		

3.2. 因子分析检验

本研究采用的医防融合认知调查因子分析的 KMO 值为 0.709, 表明适宜做因子分析。Bartlett's 球形检验近似卡方值为 1230.186, $P < 0.001$, 说明因子分析的效度符合要求, 能用提取的公因子解释大部分方差, 对数据进行因子分析具有较高的结构效度。

3.3. 因子的提取与命名

因子分析共提取了 3 个特征根大于 1 的公因子, 特征根为 3.846 的公因子提取载荷方差贡献率为 32.049%, 特征根为 2.242 的公因子提取载荷方差贡献率为 18.682%, 特征根为 1.226 的公因子提取载荷方差贡献率为 10.216%, 3 个公因子共解释了总体方差的 60.947%, 因子提取碎石图见下图 1, 各条目在 3 个因子上的载荷矩阵系数见表 2。本研究因子分析产生的公因子验证了学者袁蓓蓓团队的机构层次环境相关支持公因子、科室层次的合作互动公因子、个人层次医防融合的专业界限认知公因子结论, 公因子 1 包含当前社区开展慢性病健康管理的医疗和预防性公共卫生两类服务协调和合作上, 常常感到工作时间和精力不足(X7)、社区开展慢性病医疗和公共卫生随访服务上, 有电子信息系统的支持(X8)、在社区开展家庭医生签约慢性病诊疗及管理能得到公共卫生和社区护士的支持和配合(X9)、社区开展慢性病医疗和公共卫生随访服务上, 承担医疗相比公共卫生工作带来更多的经济收入(X10)、社区慢性病医疗和慢性病随访健康管理工作中能得到单位领导的认可与支持(X11)、社区开展慢性病医疗和公共卫生服务协调和合作上, 有可参考依照的规范、标准、指南等文件(X12)。公因子 2 包含我经常与社区护士、公共卫生人员交流专业和工作(X3)、在对社区居民进行慢性性健康管理时能方便获取和查看居民健康档案与电子病历记录(X4)、为完成家庭医生签约慢病管理任务, 我能获取院内其他部门或同事的协助(X5)、在社区提供健康服务过程中, 我经常有跨部门和机构专业相互合作的经历(X6)四个条目。公因子 3 包含仅了解自身工作专业内容, 对其他科室和岗位工作内容、职责、流程不了解(X1)和与提供预防性公共卫生服务相比较, 临床医疗对人群健康改善作用更大(X2)两个条目。

3.4. 因子得分转换与评价

根据因子分析的因子得分系数矩阵得到环境支持因子 F1、合作互动因子 F2 和专业界限因子 F3 和医防整合认识综合得分 F 的计算公式, 根据公式计算出的公因子得分是被标准化处理的值, 对医护人员医防整合认知进行综合评价, 将公因子得分转换成四分制[8]。转换公式为 $\text{standardscore}_{ij} = [f_{ij} + (\max(F_i) - \min(F_i))/3 - \min(F_i)] \times 3 / (\max(F_i) - \min(F_i))$, f_{ij} 表示原始公因子得分, $\max(F_i)$ 表示该原始公因子最大值, $\min(F_i)$ 表示该原始公因子最小值。经因子四分制转化公式得基层全科医师感知到的环境支持得分 3.15 ± 0.79 分、合作互动得分 2.82 ± 0.70 分、专业界限得分 3.14 ± 0.65 分、医防整合认识得分 2.85 ± 0.70 分。

3.5. 社区基层医疗卫生机构全科医生对医防融合的认知评价的现状 & 多因素分析

X1 均值 3.74, X2 均值 3.67, X3 均值 2.66, X4 均值 2.74, X5 均值 2.44, X6 均值 2.73, X7 均值 2.55, X8 均值 2.73, X9 均值 2.76, X10 均值 2.69, X11 均值 2.64, X12 均值 3.18。以综合标准化的认知评价得分 F 为因变量, 年龄、性别、学历、工作年限、地区划分和有无行政职务等为自变量进行线性多元回归分析, 结果显示行政岗位任职、受教育程度、职称、年龄等四个因素是全科医生医防融合认知评

价的影响因素，详见表 3。

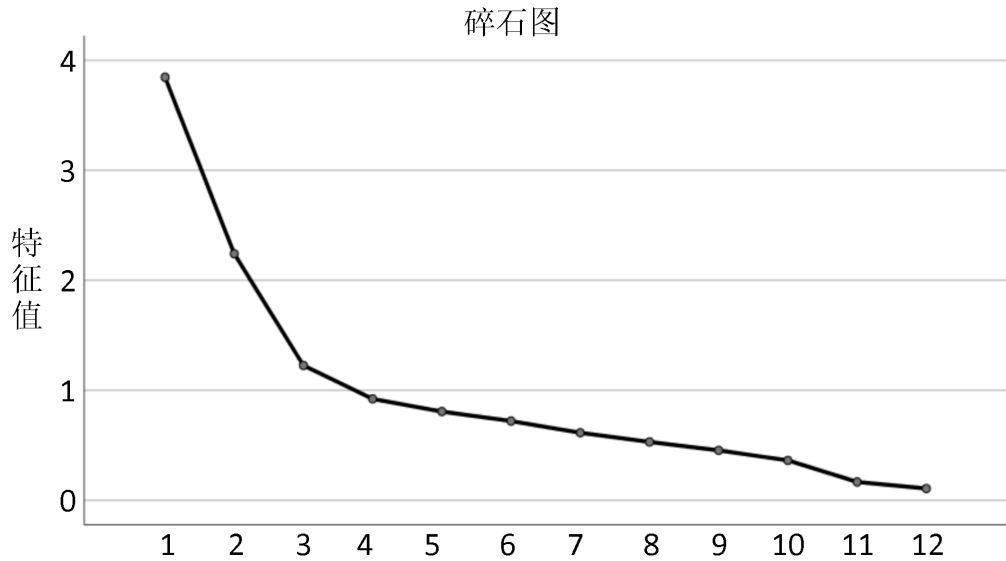


Figure 1. Scree plot of factor analysis on the cognition of medical-preventive integration by community general practitioners

图 1. 社区全科医生医防融合认知调查因子分析的碎石图

Table 2. Rotated factor loading matrix for community GPs’ perception survey on healthcare defense integration

表 2. 社区全科医生医防融合认知调查旋转后因子载荷矩阵

变量	条目	公因子载荷		
		公因子 1	公因子 2	公因子 3
X1	仅了解自身工作专业内容，对其他科室和岗位工作内容、职责、流程不了解		0.754	
X2	与提供预防性公共卫生服务相比较，临床医疗对人群健康改善作用更大		0.704	
X3	我经常与社区护士、公共卫生人员交流专业和工作		0.764	
X4	在对社区居民进行慢性性健康管理时能方便获取和查看居民健康档案与电子病历记录		0.712	
X5	为完成家庭医生签约慢病管理任务，我能获取院内其他部门或同事的协助		0.766	
X6	在社区提供健康服务过程中，我经常有跨部门和机构专业相互合作的经历		0.788	
X7	当前社区开展慢性病健康管理的医疗和预防性公共卫生两类服务协调和合作上，常常感到工作时间和精力不足	0.875		
X8	社区开展慢性病医疗和公共卫生随访服务上，有电子信息系统的支持	0.651		
X9	在社区开展家庭医生签约慢性病诊疗及管理能得到公共卫生和社区护士的支持和配合	0.784		
X10	社区开展慢性病医疗和公共卫生随访服务上，承担医疗相比公共卫生工作带来更多的经济收入	0.860		
X11	社区慢性病医疗和慢性病随访健康管理工作中能得到单位领导的认可与支持	0.839		
X12	社区开展慢性病医疗和公共卫生服务协调和合作上，有可参考依照的规范、标准、指南等文件	0.673		

Table 3. Multiple linear regression analysis of factors influencing the evaluation of GPs' perceptions of the integration of healthcare and prevention in community primary healthcare settings

表 3. 社区基层医疗卫生机构全科医生对医防融合的认知评价影响因素的多元线性回归分析

变量	非标准化系数 β	β 标准误差	标准化系数	t	P
常数	-0.078	0.240		-0.323	0.747
是否有行政岗位任职	0.434	0.087	0.277	4.997	$P < 0.001$
受教育程度	0.766	0.067	0.544	11.401	$P < 0.001$
职称	0.462	0.055	0.489	8.448	$P < 0.001$
年龄分组	0.233	0.056	0.179	4.122	$P < 0.001$

4. 讨论

4.1. 浦东新区社区医疗机构全科医生医防融合认知的现状

本次调查的浦东新区全科对于医防融合认知的均分大部分低于 3 分同意，代表对于医防融合的整体认同程度不高，仅个人认知公因子维度的条目 1 仅了解自身工作专业内容，对其他科室和岗位工作内容、职责、流程不了解，条目 2 与提供预防性公共卫生服务相比较，临床医疗对人群健康改善作用更大和条目 12 社区开展慢性病医疗和公共卫生服务协调和合作上，有可参考依照的规范、标准、指南等文件三个条目得分超过 3 分，一方面反应目前新区的社区医疗机构的全科医生在目前大力开展家庭医生签约团队式慢病管理服务的背景下依然对于团队成员所在科室的工作内容、职责、流程认知不足和对于预防工作相较于慢性病治疗的作用认识不足，这种现象可能会限制跨专业合作和影响医防融合实施开展的效果。

环境支持维度整体认知得分低，存在慢性病管理方面医生和护士感到时间与精力不足、电子信息系统的支持度、公共卫生和社区护士的支持和配合度、医疗相比公共卫生工作带来的经济收入、领导必要的资源、政策支持度方面认可得分较差，但对于开展慢性病管理可参照的标准、规范、指南的认同程度比较高反映出目前上海市社区卫生服务中心高质量发展背景下强化基层能力建设指导方针下全科医生执业后的培训和教育发挥了重要作用。总体来说，这些变量反映了社区慢性病健康管理在人力资源、技术支持、团队合作、经济激励、领导支持和标准化管理等方面的需求和挑战。科室层面合作互动公因子包含慢性病治疗护理措施正确落实实施中出现的问题与社区护士个性化一对一沟通和开展健康教育、慢性病日常随访管理及并发症筛查干预方面与公共卫生人员交流，针对慢性病患者的连续疾病诊疗方便访问和查看各级医院电子就诊记录全面了解患者的疾病管理及控制情况，查看居民健康档案对于提供个性化的慢性病健康教育至关重要。在完成家庭医生签约慢性病管理任务时，能够得到院内其他部门或同事的协助，可以提高工作效率，确保患者得到全面的健康照护。慢性病管理需要包括医疗、护理、公共卫生等多个领域工作人员的协作，跨部门和机构的合作可以确保患者接受到综合性的健康管理服务。本次调查的这些条目的得分不高反映社区医疗机构内部的家庭医生团队慢性病医防融合的服务的开展需要进一步分析慢性病综合管理跨专业交流和合作的流程障碍和不足之处，提供团队成员必要的培训和跨团队的有效沟通，定期监测和评估其效果，确保慢性病管理服务的质量和效率得到提升。

4.2. 影响全科医生医防融合认知的影响因素分析

经过单因素及多因素分析结果显示高职称、高学历、社区工作年限长和具有行政职务的全科医生医防融合综合得分较其他人群高，差异具有统计学意义。职称较高的全科医生通常拥有更丰富的临床经验、更深入的专业知识，同时对国家的卫生健康政策有更深入的理解和关注，更有可能认识到医防融合在提升公共卫生服务质量和效率方面的重要性，并积极支持和推动这一理念。高学历的全科医生通常接受了

更深入的医学教育,包括对预防医学、公共卫生和临床医学的全面学习,这种理论知识的深度有助于他们形成积极的认知和态度,使他们能够更好地理解医防融合在提升整体医疗服务质量、预防疾病和促进健康方面的价值。长期在社区工作使得这些医生积累了丰富的实践经验,他们更了解社区居民的健康需求和问题,更深切地体会到治疗与预防相结合在改善居民健康状况方面的差异,对医防融合有正面的认识。因此他们可能更了解如何在实际工作中实施医防融合策略。担任行政职务的全科医生通常需要关注和执行上级卫生政策和规划,随着医防融合成为国家和地方卫生政策的重要组成部分,他们可能更深入地理解这一战略的必要性和优势,从而形成正面认识。作为行政管理者,他们需要考虑如何更有效地利用有限的医疗资源优化资源配置,提高服务效率,减少重复和浪费,这可能促使他们对医防融合持积极态度。此外担任行政职务的医生可能有更多机会参与持续教育和专业培训,包括医防融合相关的最新研究和实践,这些学习经历可能加深了他们对医防融合价值的认识。

4.3. 提升全科医生医防融合认知的对策与建议

对于环境支持维度、科室协作维度和个人层面维度需要借助社区基层医疗机构通过管理手段加强机构内部包含全科医生、社区护士、公共卫生等家庭医生团队人员的队伍融合建设、临床医疗和公共卫生信息系统的进一步互联互通融合、家庭医生团队人员职责、服务协作和绩效激励制度建设进一步精细化,此外通过加强跨学科、专业的培训和教育,倡导促进跨学科团队合作的医院文化也是必要手段。定期组织跨专业培训和研讨会,让医务人员了解不同科室和岗位的工作内容、职责和流程。通过案例研究、培训、团队会议等互动方式促进不同专业背景的医务人员之间的知识交流,强调临床医疗与预防性公共卫生服务相结合的重要性,分享成功案例和研究结果,展示医防融合在改善人群健康方面的成效,提高医务人员对慢性病管理的认识和技能,定期举行团队会议,讨论慢性病管理中的问题和改进措施。此外基层社区医务人员人力不足和电子信息系统建设是慢性病管理中面临的两个重要挑战,需要政府卫生主管部门的关注和介入,增加基层卫生人力资源投入,通过合理规划和分配人力资源,确保医务人员在人口密集或医疗资源匮乏的地区优先配置。投资基层电子健康记录系统、远程医疗服务和其他信息技术基础设施的建设,确保基层医疗机构能够接入和使用这些系统。推动医疗信息系统标准化和数据集成,使不同机构和部门之间的信息能够无缝对接,提高数据共享和利用效率。为医务人员提供电子信息系统操作的培训,确保他们能够熟练使用这些工具,从而提高工作效率和服务质量。通过这些措施,社区卫生服务中心可以促进医务人员对医防融合的全面认识,打破专业界限,从而更好地实施医防融合策略,提高慢性病管理和服务的整体效果。

基金项目

2023 年度上海市浦东新区科技发展基金事业单位民生科研专项医疗卫生项目, PKJ2023-Y76。

参考文献

- [1] Deng, W., Zhao, L., Chen, C., Ren, Z., Jing, Y., Qiu, J., *et al.* (2024) National Burden and Risk Factors of Diabetes Mellitus in China from 1990 to 2021: Results from the Global Burden of Disease Study 2021. *Journal of Diabetes*, **16**, e70012. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.70012>
- [2] 马丽媛, 王增武, 樊静, 等. 《中国心血管健康与疾病报告 2021》关于中国高血压流行和防治现状[J]. 中国全科医学, 2022, 25(30): 3715-3720.
- [3] 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017-2025 年)的通知[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2017-02/14/content_5167886.htm, 2017-02-14.
- [4] 国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-05/20/content_5691424.htm, 2022-05-20.

-
- [5] 国家卫生健康委办公厅关于做好 2019 年家庭医生签约服务工作的通知[EB/OL].
https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-10/08/content_5437004.htm, 2019-10-08.
- [6] 于梦根, 赵璇, 李惠文, 等. 我国基层医疗卫生机构医护人员对医防整合的认识评价[J]. 中国全科医学, 2021, 24(1): 40-45.
- [7] 王银, 吴春眉, 李丽清, 等. 江西省区(县)医疗机构医务人员医防融合服务认知现状调查[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(3): 23-27.
- [8] 樊宙. 基于因子分析的商业银行柜面服务质量满意度研究[J]. 现代企业文化, 2015, 15(3): 100-102.