Nursing Science 护理学, 2026, 15(11), 70-79
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ns
https://doi.org/10.12677/ns.2026.1511368

Hans汉斯

区域三类医疗卫生机构护理质量评价指标体系构建与应用的研究进展

王　飞[1,2]，张婷婷[1]，马晶芳[1]，齐雪花[1*]

[1]武威市人民医院，甘肃　武威
[2]兰州大学护理学院，甘肃　兰州

收稿日期：2026年10月17日；录用日期：2026年11月11日；发布日期：2026年11月19日

摘　要

区域护理质量评价需要兼顾统一的质量安全要求与机构服务差异。本文以乡镇卫生院、社区卫生服务中心和民营医院为讨论对象，围绕结构－过程－结果框架、指标内容、候选指标形成、德尔菲专家函询、层次分析法赋权、标准化评分及实施障碍，对相关政策与代表性研究进行叙述性综述。现有文献为指标组织和专家共识形成提供了依据，社区护理实地研究提示操作性定义及连续数据采集的重要性，但医院指标向基层及不同民营医院迁移仍受到业务范围、风险暴露和数据条件的限制。专家共识、判断矩阵一致性与实地测量表现应分别评价。数据衔接与质量、评价负担和组织参与、结果用途及激励安排是实施需核查的条件。建议采用共同核心与分类服务模块相结合的设计，完善数据字典、培训与分层验证。该设计的适用性及实施效果仍需本地研究验证。

关键词

乡镇卫生院，社区卫生服务中心，民营医院，护理质量，评价指标，德尔菲法

Research Progress in the Development and Application of Nursing Quality Evaluation Indicator Systems for Three Types of Healthcare Institutions within a Region

Fei Wang[1,2], Tingting Zhang[1], Jingfang Ma[1], Xuehua Qi[1*]

[1]Wuwei People's Hospital, Wuwei Gansu
[2]School of Nursing, Lanzhou University, Lanzhou Gansu

Received: October 17, 2026; accepted: November 11, 2026; published: November 19, 2026

*通讯作者。

文章引用: 王飞, 张婷婷, 马晶芳, 齐雪花. 区域三类医疗卫生机构护理质量评价指标体系构建与应用的研究进展[J]. 护理学, 2026, 15(11): 70-79. DOI: 10.12677/ns.2026.1511368

Abstract

Regional nursing quality evaluation needs to accommodate both shared quality and safety requirements and differences in institutional services. This narrative review examines township health centers, community health service centers, and private hospitals, focusing on the structure-process-outcome framework, indicator content, candidate indicator generation, Delphi consultation, analytic hierarchy process weighting, standardized scoring, and implementation barriers. Relevant policies and representative studies provide foundations for organizing indicators and building expert consensus. Field studies in community nursing highlight the importance of operational definitions and continuous data collection. However, transferring hospital indicators to primary care institutions and different private hospitals is constrained by service scope, risk exposure, and data availability. Expert consensus, judgment-matrix consistency, and field measurement performance require separate assessment. Data linkage and quality, measurement burden and organizational engagement, and the use of results and incentives require assessment during implementation. A shared core combined with service-specific modules is proposed, supported by a data dictionary, training, and staged validation. The applicability and implementation outcomes of this design require further evaluation in local settings.

Keywords

Township Health Centers, Community Health Service Centers, Private Hospitals, Nursing Quality, Evaluation Indicators, Delphi Technique

Copyright © 2026 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

区域护理质控既需要识别人员、流程和安全方面的薄弱环节，也需要以一致的数据口径支持机构改进。《全国护理事业发展规划（2021-2025 年）》提出“提升护理管理水平、改善护理服务质量”，为项目立项时期提供了政策背景[1]。乡镇卫生院与社区卫生服务中心的能力建设要求已有相应标准[2]；社会办医疗机构则需结合执业范围落实质量安全责任[3]。这些要求支持区域协调管理，同时提示评价应以机构职责和实际服务为基础。

已有通用护理质控指标涵盖人员配置、护理过程及相关安全结果，为评价提供了基础[4]。但乡镇卫生院、社区卫生服务中心与民营医院在门诊、住院、公共卫生和专科业务方面并不一致。民营是举办主体属性，不能将所有民营医院均等同于基层医疗卫生机构。全科护理指标的范围综述也提示，质量指标与岗位能力、实践标准并存，测量对象和适用情境需要进一步明确[5]。因此，直接沿用统一病区检查表，可能遗漏社区连续照护，也可能将没有相应服务的机构置于不恰当的比较中。

本文围绕区域三类机构护理质量评价指标体系的构建与应用，对理论、指标内容、候选指标形成、专家函询、赋权、评分应用及实施障碍进行叙述性综述。文献获取结合机构场景检索与理论方法检索，使用 Europe PMC 公共接口中的 PubMed 来源记录、Crossref、期刊及卫生健康部门公开来源，补充中文网页检索和原计划书参考文献线索；初稿补查日期为 2026 年 10 月 7 日，2026 年 10 月 14 日针对质量登记负担、基层指标实施体验、护理工作环境及绩效激励补查代表性研究。按主题相关性、来源可核验性

和实际阅读范围选取代表性资料，保留必要经典文献。本文不属于系统评价，未开展中文订阅数据库的全面检索或效应量合并。

2. 护理质量评价的理论框架与概念

2.1. 结构过程结果框架

Donabedian 从结构、过程和结果三个方面评价医疗质量，为护理指标组织提供了基本逻辑[6]。结构反映人员、制度、设施及管理支持；过程反映护理评估、操作、沟通和服务衔接；结果反映护理相关安全事件、健康变化和服务体验。三者相互联系，但不能互相替代。制度齐备不等于制度落实，培训次数不等于实际能力，结果变化也不能直接归因于护理。使用该框架时，应进一步说明每项指标为何能够反映相应维度，以及其他专业服务和患者特征可能造成的影响。

2.2. 护理质量与相关概念的边界

护理质量关注服务的安全性、适宜性及需求满足程度；护理服务能力关注机构能够提供何种服务及其保障条件；护理绩效还可能涉及工作量、效率和组织目标。上述内容可以关联分析，但不能使用收入或工作数量直接代替质量。社区卫生服务中心的平衡计分卡研究构建了护理单元及护士绩效模型，其中质量只是绩效评价的组成部分，其用途与机构护理质量工具不同[7]。护理敏感指标强调护理投入或活动与测量结果的联系，相关综述指出指标定义和数据采集差异会影响其解释[8]。因此，总体医疗结局与护理敏感结果也应有所区分。

基层护理还涉及健康教育、自我管理支持和连续照护，单纯围绕住院并发症可能难以反映其工作。面向基层高级实践护士的综述总结了较广泛的指标，但其岗位授权与我国一般护士不同，不能直接移植处方或诊疗相关职责[9]。全科护理范围综述以及近期方法讨论均强调场景和护理贡献的界定[5] [10]。区域研究宜先确定评价单位是机构、服务过程还是护理人员，再形成指标，避免把不同层次的得分直接相加。

3. 三类机构指标内容与适用性

3.1. 根据机构功能确定评价范围

乡镇卫生院与社区卫生服务中心承担相应基本医疗和公共卫生任务，其服务能力评价已有分类型要求[2] [11]。区域护理评价可据此梳理护理相关职责，但服务能力指南的全部条款不能直接视为护理质量指标。对民营医院，应核对医院等级、综合或专科属性、诊疗科目、床位及核准和实际开展的服务，再确定评价模块[3]。分类首先回答是否提供相关服务、应否提供该服务及风险暴露是否存在，不能以城乡或举办主体代替业务判定。三类机构的适用条件见表 1。

3.2. 结构指标兼顾资源与运行支持

国内通用质控指标及医院专家共识研究均涉及人员配置和护理管理条件[4] [12] [13]。结构评价可关注护士资质、岗位职责、必要资源和质量管理支持，但配置比例需要与床位、业务量、工作时间及服务复杂程度对应。我国社区卫生服务中心的一项多层分析纳入 175 名护士和 38 家机构，发现组织层面因素与护士自报护理质量有关[14]。这一关联支持关注组织环境，但研究为横断面自报调查，不能据此规定统一人员阈值或推断增加某项资源必然改善患者结局。

三类机构共同需要明确护理责任和安全管理机制，专科资源则应结合服务配置。例如，住院照护与门诊处置的岗位安排不同，居家随访与病区管理的数据记录也不同。本文据相关标准与指标研究提出：

Table 1. Functions of three types of institutions and applicable conditions for nursing evaluation
表 1. 三类机构的功能与护理评价适用条件

机构类型	需核对的功能及服务范围	共同评价内容	条件性评价内容	主要可比性问题	依据
乡镇卫生院	基本医疗、公共卫生任务；门诊、住院及相关业务是否实际开展	资质与职责、基本安全流程、护理记录及质量管理	住院风险与交接；门诊处置；公共卫生协作和连续照护	床位、业务量、风险人群及数据条件不同，服务能力条款不能全作护理质量条目	[2] [4] [11]
社区卫生服务中心	基本医疗与公共卫生；团队协作、随访、居家服务；有无住院业务	基本护理安全、管理支持、记录与服务衔接	慢性病及居家照护；患者自我管理支持；开展住院时的相关条目	长期服务与单次就诊指标含义不同；岗位职责或绩效不等于机构质量	[2] [5] [7] [11] [15]
民营医院	核准与实际服务；等级；综合或专科属性；门诊和住院构成	按执业职责落实人员、护理安全及质量管理	按实际业务配置住院、手术、门诊、康复或其他专科模块	举办主体不能代替机构功能；不同等级及专科不宜直接比较总分	[3] [12]

注：评价内容按机构职责和实际服务配置。民营医院应结合等级、综合或专科属性及服务范围确定适用项目。

结构评价宜同时核查制度、人员和运行证据，而不是只统计文件数量[2] [4]。对没有对应业务的专科设备要求，不宜作为所有机构的固定扣分项；但属于其执业及服务职责的基本保障不足，应进入问题反馈。具体条目仍需本地专家和实际测量检验。

3.3. 过程指标体现护理活动和服务衔接

医院研究中的护理评估、记录、给药安全和交接等内容，为相关业务提供了候选方向[12] [13]。社区护理则更重视随访、患者参与和团队协作。居家慢性病延续护理的德尔菲研究将护士职责组织为连续照护、自我管理支持、照顾者支持及团队协作等领域，但研究尚未完成样本验证[15]。社区服务指标开发研究还通过利益相关方讨论和服务使用者访谈形成指标[16]。这些研究说明，候选指标需要兼顾流程规范与服务关系，不能只依据管理者的检查习惯生成。

过程指标应尽量定位于可观察的具体活动。例如，健康教育可核查是否围绕患者风险提供内容并确认理解，而不只记录开展次数；转介衔接可关注记录是否完整、信息是否到达及后续处理是否落实。伤口照护研究把基层护理过程与结果进行纵向测量，为从服务活动寻找指标提供了实例[17]。上述具体配置属于本文建议，应在实际流程中明确观察单位、记录证据和评价周期；对仅靠勾选证明完成的条目，还需通过记录抽查或现场核查降低误判。

3.4. 结果指标关注风险暴露和患者体验

结果评价既可包括开展住院业务时的护理安全事件，也可包括门诊或社区服务的体验及连续照护结果。通用护理指标综述指出，指标解释受到定义和测量方法的影响[8]；加泰罗尼亚的监测研究跨基层、医院和长期照护场景观察了护理敏感指标趋势，显示常规监测可用于描述变化[18]。但低事件数、病例构成和报告机制会影响机构间比较。没有报告事件不等于没有风险，满意度改善也不能单独证明整体护理质量提高，结果应与过程及数据完整性共同解释。

4. 指标体系构建与赋权方法

4.1. 文献分析与现场资料形成候选指标

区域指标构建可结合文献分析、头脑风暴和半结构式访谈，连接规范要求与当地工作情境。文献分析宜记录条目来源、定义、适用对象和证据性质；头脑风暴适合补充遗漏，但不能代替证据核查；访谈可识别难以量化的服务内容、数据困难和评分歧义。社区指标研究以及全科护理方法讨论提示，多方参与有助于呈现

日常护理贡献[10] [16]。候选条目应保留来源链及合并理由，区分文献已有指标与现场新提出条目。

访谈对象宜覆盖三类机构的管理者和临床护士，并结合研究目的考虑服务对象意见。取样理由、提纲调整、录音转写和主题形成过程需要说明，不能仅以访谈人数表示资料充分。COREQ 为访谈和焦点小组的报告提供了检查框架，可用于提高过程透明度[19]，但遵循报告清单本身不能证明资料质量。样本量应结合研究目的、对象差异及信息获得情况确定，预设人数与实际访谈完成情况应区分报告。

4.2. 德尔菲法筛选与内容共识

德尔菲法通过匿名评分、反馈和再次判断组织专家意见，适用于证据不充分或需要整合实践经验的问题，其局限包括专家选择偏倚及不同研究的共识定义差异[20]。专家遴选应围绕评价对象设置经验要求，并覆盖不同机构和服务领域；同一领域高职称专家集中，未必能代表区域业务。函询前宜明确评分含义、筛选规则和结束条件，每轮保留删除、新增、合并及措辞调整记录。对关键安全条目，还应结合规范要求解释保留理由。

约旦医院研究采用三轮改良德尔菲法形成 42 项指标；尼日利亚研究经三轮函询形成 70 项通用指标，二者的场景、初始条目及组织框架不同[12] [13]。这些数量体现各自研究设计，不能作为区域工具的目标值。重要性均值、满分率、变异系数及协调系数提供不同方面的信息，不应仅因某项达到他人阈值就认定适用于本地。CREDES 强调德尔菲研究的设计与报告透明度，但其提出背景为姑息照护，应结合护理质量研究目的借鉴[21]。

4.3. 层次分析法与权重解释

层次分析法将评价目标分解为层级，通过同层条目两两比较形成判断矩阵，计算相对权重并检验比较的一致性[22]。德尔菲重要性评分的平均值不等于 AHP 权重；若采用均值归一化，应如实命名和说明方法。实施 AHP 需保存层级结构、原始矩阵、标度、专家判断汇总方式及一致性处理记录。居家延续护理研究提供了德尔菲结合 AHP 的实例，但权重反映该职责体系的相对优先顺序，不能用于所有社区护理或不同医院[15]。

赋权前还应检查条目是否重复，避免同一安全行为在多个层级累计计分。矩阵一致性符合要求，说明比较在既定规则下具有一定逻辑协调性，并不等于权重客观正确，也不等于评价表具有实地信效度[22]。区域研究可在试评价中观察权重变化对机构排序的影响，必要时报告分维度得分。已发表研究的框架、指标结构和验证情况见表 2，其用途包括质量评价、岗位职责或绩效，借鉴时需要保留这些区别。

Table 2. Comparison of representative published studies on nursing indicators
表 2. 代表性已发表护理指标相关研究的比较

作者与年份	国家或地区	机构场景	理论框架	构建或测量方法	指标结构	实地评价	主要发现及局限
尚文涵等，2021 [4]	中国	护理专业通用质控；非三类机构专项工具	结构、过程、结果	多阶段指标研发及专家咨询	12 项一级、27 项二级指标	报告国家数据平台指标上报情况；非三类机构专项验证	提供国内质控基础；适用对象、分母和业务条件需转换
Afaneh 等，2024 [12]	约旦	公立及民营医院	护理照护绩效框架(NCPF)	60 名专家；三轮改良德尔菲	42 项：结构 10、过程 16、结果 16	未报告形成工具后的机构测量验证	形成医院专家共识；不能外推到我国基层机构
Nwodoh 等，2022 [13]	尼日利亚	通用护理质量测量；专家具有相关临床经验	结构、过程、结果	首轮 24 名、末轮 23 名专家；三轮改良德尔菲	70 项：结构 28、过程 32、结果 10	未报告形成工具后的实地测量验证	提供通用候选内容；条目较多且需场景适配

续表

Yang, 2022 [7]	中国武汉	社区卫生服务中心护理单元及护士绩效	平衡计分卡与保健因素	20 名专家；两轮德尔菲；一级主观赋权、二级 AHP	含护理单元、临床护士及保健因素模型；临床护士条目数有内部冲突	未报告独立的患者结局改善验证	临床护士条目数与表 3 不一致；模型主要用于绩效评价
Ge 等，2024 [15]	中国上海	社区护士慢性病居家延续护理职责	角色与职责比较；非直接按 SPO 分类	14 名专家；两轮德尔菲及 AHP	6 项一级、16 项二级；三级数量原文不一致	明确未完成样本验证	摘要与正文的三级指标数分别为 42 和 43；适用范围限于居家延续护理职责
Davies 等，2011 [16]	英国	社区区域护理服务(district nursing)	摘要未报告特定命名框架	指南梳理、利益相关方讨论、服务对象访谈	23 项组织及临床过程、结果指标；另 8 项体验指标	摘要称正在试点，未给完成后结果	纳入服务对象意见；摘要未给出试点结果
Dufour 等，2020 [17]	加拿大魁北克	基层门诊伤口护理	摘要未报告特定命名框架	482 个照护事件的纵向测量	5 项过程、3 项结果指标	开展具体业务的实地测量	分析过程与结果的关联；研究范围限于伤口照护
García-Altés 等，2021 [18]	西班牙加泰罗尼亚	基层、医院、长期照护	摘要未报告特定命名框架	2012~2018 年监测趋势分析	14 项护理敏感指标	使用常规监测数据	反映多场景指标变化；观察设计限制因果解释

注：SPO 为结构－过程－结果。

5. 指标体系的评分与应用

5.1. 操作性定义与数据来源

候选指标转化为测量工具，需要明确观察对象和数据口径。伤口示踪研究纳入 482 个照护事件，测量 5 项过程及 3 项结果指标，并分析其纵向关系[17]。该实例支持在具体服务中验证指标，不能外推为三类机构整体工具有效。本文建议为每项指标建立数据字典，列明评价目的、适用业务、分子分母、排除条件、观察期、数据来源及核查证据。记录抽查比例与整个人群事件发生率应分别命名，避免不同机构填报看似相同而含义不同的百分比。

评分规则宜说明证据满足程度与得分对应关系，并提供边界案例。对比例指标，分母为符合纳入条件的活动、患者或风险暴露量，不能为方便计算随意替换。纸质记录、信息系统及患者调查应注明各自完整性和局限；小样本机构宜同时报告事件数和分母，避免仅凭百分比进行排名。持续监测研究提供了描述指标随时间变化的实例[18]。试评价还需记录填报耗时和数据缺口，相关实施障碍见第 6 章。

5.2. 不适用缺失与零分母的处理

依据机构职责及服务范围，本文建议至少区分四种情形：合理不适用、应开展未开展、数据缺失和零分母[2] [3]。合理不适用指业务不属于其服务要求且未开展；应承担但未落实的任务应反映服务缺口；已开展但缺少资料应记录为数据问题；业务存在而观察期没有符合条件的对象，属于零分母。四者不能统一按满分或零分处理，也不能无说明地剔除。是否调整分值及如何报告覆盖率，应在评价前约定并检验其影响。

适用项目不同会改变总分的实际含义。本文建议共同核心得分用于服务条件相近且数据口径一致的机构比较，分类模块在开展相似业务的机构中解释，同时呈现适用条目数、数据完整度和服务特征。即使使用可得分值归一化，也应说明其并未自动消除病例风险或业务复杂程度差异。对于区域总体情况，可先报告分维度的问题分布和达标情况，再审慎使用综合排名，防止得分掩盖关键安全条目的缺陷。

5.3. 培训与实地测量验证

评价者培训宜围绕条目定义、证据选择和评分边界进行，采用相同案例独立评分后讨论分歧，并保留复核记录。实地验证应先检验资料能否取得、条目是否容易理解和负担是否可接受，再考察不同评价者及重复评价的表现。连续得分的一致性可根据设计选择适当的组内相关系数，并报告模型、单次或平均测量、绝对一致或一致性定义及区间估计；不能只写一个 ICC 数值[23]。方法选择应与条目类型及评价用途对应。

专家共识回答内容是否获得认同，AHP 一致性回答两两判断是否协调，实地测量回答记录和评分在实际机构中如何表现，三者不能互相替代[20] [22] [23]。若要论证工具能够识别薄弱环节或评价改进，还需要相应外部证据及持续观察。紧密型医联体的护理同质化实践结合统一规范、培训与帮扶，并报告实施后的评价改善[24]。该经验支持评价与实施支持结合，但单一成员单位的前后比较不能证明指标工具的独立效果，也不能推广为所有机构均获益。

6. 评价体系在实际应用中的障碍与应对策略

指标获得专家认可并不意味着能够持续实施。区域应用还需检验数据条件、组织支持与结果用途是否匹配。以下依据相关研究分析潜在障碍，提出需在本地试评价中检验的应对方向，见表 3。

Table 3. Implementation barriers and coping strategies of the evaluation system
表 3. 评价体系实施障碍与应对策略

层面	具体障碍	对评价的影响	建议策略	试评价需记录的信息	文献依据
数据	系统衔接不足；重复录入；口径差异；缺失、低事件数或漏报	增加核对负担；影响完整性及机构间可比性	最小数据集和数据字典；分步汇集；抽样追溯复核	数据来源及接口；缺失情况；事件数与分母；抽查差异	登记重叠与信息技术问题：[25]；其余为本文据此提出的核查方向
组织	填报和核查投入；培训分歧；支持不足；对检查或排名的顾虑	影响理解、参与及持续使用；感知负担不等同于实际成本	复用既有记录；明确职责；案例培训；试运行反馈及精简	填报、核查和培训耗时；参与情况；争议条目；支持需求	医院负担研究、社区护士研究及基层人员体验：[25]-[27]
政策与治理	评价用途不清；不同服务范围比较总分；激励与工作分配不匹配	影响公平性和认同感；可能出现非预期行为，尚需本地核查	分层解释；明确结果用途；复核与异议处理；整改支持；监测激励影响	服务及风险特征；异议及复核记录；整改进度；上报完整度变化	基层绩效付费访谈：[28]；政策责任要求：[3]

注：表中应对策略为区域试评价的实施建议。

6.1. 数据层面的障碍与应对

当业务系统不能衔接、纸质与电子记录并存时，跨系统核对与重复录入可能增加漏项及口径差异。Zegers 等在荷兰医院的混合方法研究发现，登记内容重叠及信息技术效率不足是医护人员感知负担的来源[25]。区域应用前，应分别梳理乡镇卫生院、社区卫生服务中心和民营医院的医疗、公共卫生及专科记录，核对数据来源与衔接方式。

本文建议先配置可从既有记录取得的最小数据集，统一事件定义、分子分母、观察期及数据责任人；暂不能对接的资料可分步汇集并保留追溯标识，以抽样复核检查完整性和来源一致性。低业务量机构应同时呈现事件数、分母及缺失情况，避免把漏报解释为低风险，或将不同风险暴露量下的百分比直接排名。数据衔接和自动提取仍需人员、接口及维护支持，其节省工作量的程度应实际测量。

6.2. 组织层面的障碍与应对

条目增加会带来填报、核查和培训投入，其必要性若不能被一线理解，可能影响参与。Zegers 等的研究提示，感知不合理的登记与工作自主性、内在动机存在关联[25]；爱尔兰公共卫生护士的质性研究也反映了工作负荷、管理支持及质量测量的困难[26]。区域试评价可据此关注人员投入和参与情况，并结合当地工作流程测量实际负担。

基层绩效指标实施研究中，工作人员描述了指标耗时、沟通透明度不足及团队工作适配问题[27]。据此，本文建议由三类机构共同核对条目必要性和职责边界，优先复用既有资料；培训依托统一案例和争议条目复核，试运行同时记录填报、核查及培训耗时，并按反馈精简。小型机构可安排区域支持，但需明确联络人和可投入时间。评价成本宜通过实际耗时和参与记录反映。

6.3. 政策与治理层面的障碍与应对

内部改进、区域监测、公开排名与绩效奖惩对数据精度和可比性的要求不同。英国一项基层按绩效付费方案的访谈研究发现，受访者关注指标归属感不足、工作与收益分配及不同服务人群间的张力[28]。激励方案的设计应兼顾服务人群、人员分工与机构资源。若尚未核对服务范围、数据完整度和风险构成即挂钩总分，可能误导比较；试评价可同步核查安全事件记录与上报完整度，观察结果用途对报告行为的影响。

社会办医相关政策要求落实医疗质量安全责任[3]，但责任要求不等于任一综合得分都适合直接用于奖惩。本文建议事先明确评价用途及结果使用权限，在共同核心和相似业务模块内解释差异，建立证据复核、异议处理和整改帮扶机制；对激励措施分别监测目标指标、未纳入指标及上报完整度的变化。试评价应同步观察上述安排的执行成本、公平性及非预期影响。

7. 对区域指标研究的启示与现有不足

7.1. 共同核心与分类服务模块

综合国内质控指标、社区护理研究与机构标准，本文建议在结构－过程－结果框架下形成共同核心与分类服务模块[2] [4] [5]。共同核心优先考虑各机构均需落实且可测量的护理安全和基本管理内容；住院、门诊处置、公共卫生协作、居家连续照护及专科业务则按职责配置。该设计是基于文献提出的研究方向，尚未经本项目专家验证。模块的增减不应只依据机构名称，还应记录服务范围变化，保存指标版本及评分规则，以便解释历次评价结果。

7.2. 分层试评价与反馈改进

后续区域研究可先完成机构服务谱和数据条件调查，再按类型、等级、规模及综合或专科属性选择具有代表性的机构试评价。试评价应反馈不适用条目、数据缺口和评分争议，修订后再扩展应用。问题反馈宜明确条目、证据、责任人和复核时间，而不只发放总分。连续监测和医联体实践提供了追踪与实施支持的经验[18] [24]；但要判断护理质量是否改善，仍需比较可比时期及人群，说明同期培训、资源调整等措施，谨慎解释因果关系。

7.3. 现有证据与本综述的局限

本次可核验资料中，医院通用指标、社区岗位职责和局部业务测量分别提供了方法及内容参考，直接面向我国区域三类机构共同评价的实地证据仍有限。这是本次所获资料的边界，不能据此断言相关研究不存在。部分来源仅能阅读摘要，中文订阅数据库和地方内部资料未获全面访问；公开检索的返回记录有限，可能遗漏研究。不同国家护士职责、机构功能和数据系统也影响迁移。综述未采用系统筛选和

正式质量评级。新增实施研究来自国外医院或基层服务，机构制度和护士职责与我国不同；其中部分资料仅读摘要。所提配置、评分及应对策略仍需本土研究检验。

8. 小结

现有研究支持以结构－过程－结果框架组织指标，结合文献、现场意见与专家函询形成内容，并在需要时通过 AHP 表达相对优先顺序。面向乡镇卫生院、社区卫生服务中心和不同民营医院的区域应用，还需要服务范围判定、操作性定义、评分规则、评价者培训和实地验证。共同核心与分类模块可作为后续研究方案，但不能替代当地构建和测量证据。后续研究应在指标筛选、赋权与机构试评价中同步考察数据衔接、评价负担及结果应用，完善培训、复核与反馈机制，为区域推广积累实施证据。

基金项目

甘肃省武威市市级科技计划 B 类项目(编号：WW23B02SF044)。

参考文献

[1] 国家卫生健康委关于印发《全国护理事业发展规划（2021-2025 年）》的通知[EB/OL]. 2022-05-07. https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202205/5c2dc667011449428655582e19a6c9bd.shtml, 2026-10-07.

[2] 关于印发乡镇卫生院服务能力标准（2022 版）等 3 项服务能力标准的通知[EB/OL]. 2022-07-20. https://www.nhc.gov.cn/jws/c100073/202207/41a895202f914385b8dde47238e22679.shtml, 2026-10-07.

[3] 关于提升社会办医疗机构管理能力和医疗质量安全水平的通知[EB/OL]. 2019-10-09. https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201910/b678f99405bb4612ba4d51f704ac574e.shtml, 2026-10-07.

[4] 尚文涵, 张海燕, 么莉, 等. 护理专业医疗质量控制指标(2020 年版)的构建[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(6): 66-69, 74.

[5] Loftus Moran, O. and Casey, M. (2025) Assessing the Landscape of Quality Care Nursing Metrics in General Practice Settings: A Scoping Review. *Journal of Advanced Nursing*, **82**, 1039-1054. https://doi.org/10.1111/jan.17008

[6] Donabedian, A. (2005) Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, **83**, 691-729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

[7] Yang, G. (2022) The Construction of Nursing Performance Evaluation Model in Community Health Service Center Based on the Balanced Scorecard and Hygiene Factors. *Scientific Reports*, **12**, Article No. 21793. https://doi.org/10.1038/s41598-022-26334-4

[8] Burston, S., Chaboyer, W. and Gillespie, B. (2013) Nurse-Sensitive Indicators Suitable to Reflect Nursing Care Quality: A Review and Discussion of Issues. *Journal of Clinical Nursing*, **23**, 1785-1795. https://doi.org/10.1111/jocn.12337

[9] Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Savard, I., Chouinard, M., Bouabdillah, N., Provost-Bazinet, B., *et al*. (2023) Identifying Indicators Sensitive to Primary Healthcare Nurse Practitioner Practice: A Review of Systematic Reviews. *PLOS ONE*, **18**, e0290977. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290977

[10] Loftus Moran, O. and Casey, M. (2026) Making Nursing Visible in General Practice: Responsible Action Research as an Approach to Developing Nurse-Sensitive Metrics. *Nursing Inquiry*, **33**, e70130. https://doi.org/10.1111/nin.70130

[11] 国家卫生健康委办公厅关于印发乡镇卫生院服务能力评价指南（2023 版）和社区卫生服务中心服务能力评价指南（2023 版）的通知[EB/OL]. 2023-12-22. https://www.nhc.gov.cn/jws/c100073/202312/cbc740e9af73438abb8406ec79d74583.shtml, 2026-10-07.

[12] Afaneh, T., Abu-Moghli, F. and Mihdawi, M. (2024) Identifying Nursing-Sensitive Indicators for Hospitals: A Modified Delphi Approach. *Cureus*, **16**, e59472. https://doi.org/10.7759/cureus.59472

[13] Nwodoh, C.O., Okoronkwo, I.L., Anarado, A.N., Nwaneri, A.C., Chinweuba, A.U., Ndubuisi, I., *et al*. (2022) A Modified Delphi Consensus on Generic Indicators for a Low- and Middle-Income Country's Quality Nursing Care Measurement. *Nursing Open*, **9**, 2397-2408. https://doi.org/10.1002/nop2.1255

[14] Wang, W., Zhang, J., Nicholas, S., Yang, H. and Maitland, E. (2023) Organisation-Level and Individual-Level Predictors of Nurse-Reported Quality of Care in Primary Care: A Multilevel Study in China. *Tropical Medicine & International Health*, **28**, 308-314. https://doi.org/10.1111/tmi.13861

[15] Ge, J., Zhao, C., Lu, J., Zhang, X., Zhou, X., Wang, R., *et al*. (2024) A Delphi Study to Construct an Index of Practice for Community Nurses Providing Transitional Home Care for Patients with Chronic Diseases. *INQUIRY*: *The Journal*

of Health Care Organization, *Provision*, *and Financing*, **61**, Page. https://doi.org/10.1177/00469580241246474

[16] Davies, P., Wye, L., Horrocks, S., *et al*. (2011) Developing Quality Indicators for Community Services: The Case of District Nursing. *Quality in Primary Care*, **19**, 155-166.

[17] Dufour, É., Duhoux, A. and Contandriopoulos, D. (2020) Measurement and Validation of Primary Care Nursing Indicators Based on a Wound Care Tracer Condition. *Journal of Nursing Care Quality*, **35**, 63-69. https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000403

[18] García-Altés, A., Subirana-Casacuberta, M., Llorens, D., Bullich, I., Brugués, A., Teixidor, M., *et al*. (2021) The Experience of Catalonia Measuring Nurse-Sensitive Indicators: Trends Study 2012-2018. *Journal of Nursing Management*, **29**, 2288-2296. https://doi.org/10.1111/jonm.13348

[19] Tong, A., Sainsbury, P. and Craig, J. (2007) Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, **19**, 349-357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

[20] Keeney, S., Hasson, F. and McKenna, H.P. (2001) A Critical Review of the Delphi Technique as a Research Methodology for Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, **38**, 195-200. https://doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00044-4

[21] Jünger, S., Payne, S.A., Brine, J., Radbruch, L. and Brearley, S.G. (2017) Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) in Palliative Care: Recommendations Based on a Methodological Systematic Review. *Palliative Medicine*, **31**, 684-706. https://doi.org/10.1177/0269216317690685

[22] Saaty, T.L. (2008) Decision Making with the Analytic Hierarchy Process. *International Journal of Services Sciences*, **1**, 83-98. https://doi.org/10.1504/ijssci.2008.017590

[23] Koo, T.K. and Li, M.Y. (2016) A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, **15**, 155-163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

[24] 肖瑾, 刘影, 张青, 等. 紧密型医联体模式下成员单位护理质量同质化的实践[J]. 护理学杂志, 2019, 34(13): 71-74.

[25] Zegers, M., Veenstra, G.L., Gerritsen, G., *et al*. (2022) Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study. *International Journal of Health Policy and Management*, **11**, 183-196.

[26] Giltenane, M., Sheridan, A., Kroll, T. and Frazer, K. (2021) Work Environment Challenging Irish Public Health Nurses' Care Quality: First Postnatal Visit. *Public Health Nursing*, **39**, 202-213. https://doi.org/10.1111/phn.12993

[27] Kansagara, D., Tuepker, A., Joos, S., Nicolaidis, C., Skaperdas, E. and Hickam, D. (2014) Getting Performance Metrics Right: A Qualitative Study of Staff Experiences Implementing and Measuring Practice Transformation. *Journal of General Internal Medicine*, **29**, 607-613. https://doi.org/10.1007/s11606-013-2764-y

[28] Hackett, J., Glidewell, L., West, R., Carder, P., Doran, T. and Foy, R. (2014) "Just Another Incentive Scheme": A Qualitative Interview Study of a Local Pay-for-Performance Scheme for Primary Care. *BMC Family Practice*, **15**, Article No. 168. https://doi.org/10.1186/s12875-014-0168-7