

• 论 著 •

居家安宁疗护服务质量评价指标体系的构建

粟伊穗^{1,2}, 陈婷³, 吴梅利洋¹, 龚亚辉⁴, 王丹露⁵, 陈慧平⁶, 何毅⁷,
陈茜⁸, 顾海峰⁹, 王晶鑫^{1,2}, 曾铁英¹, 蒋艳¹⁰

摘要:目的 为居家安宁疗护服务质量提供可靠的评价工具。方法 以结构—过程—结果三维质量模型为理论框架,通过文献分析、2轮专家函询构建居家安宁疗护服务质量评价指标体系,采用层次分析法确定各级指标权重。结果 2轮专家函询的有效问卷回收率均为100%,专家权威系数为0.944;最终形成的居家安宁疗护服务质量评价指标体系包括3个一级指标(支持保障、业务运行、效果评价,权重分别为0.280、0.423、0.297),7个二级指标(制度建设、资产配置、人力资源、生命关怀、照护赋能、服务效益、满意度),24个三级指标,一、二、三级指标的重要性得分分别为9.62~9.76、9.43~9.81、9.05~9.81;各级指标的一致性检验通过(均 $CR < 0.1$)。结论 构建的居家安宁疗护服务质量评价指标体系具有可靠性、科学性和实用性,可用于居家安宁疗护服务质量评价,促进居家安宁疗护服务的规范化、标准化。

关键词:居家照护; 安宁疗护; 质量评价指标; 服务质量; 德尔菲法; 结构—过程—结果模型; 层次分析法; 护理管理中图分类号:R473.2;R48 DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2026.10.012

Development of quality evaluation framework of home-based hospice care Su Yisui,

Chen Ting, Wu Meiliyang, Gong Yahui, Wang Danlu, Chen Huiping, He Yi, Chen Qian, Gu Haifeng, Wang Jingxin, Zeng Tieying, Jiang Yan. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China; School of Nursing, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Objective To develop a valid tool for evaluating quality of home-based hospice care. **Method** Based on Structure-Process-Outcome (SPO) quality model, the quality evaluation framework was developed through literature analysis and two rounds of Delphi expert consultation. The analytic hierarchy process (AHP) was applied to determine weights for indicators at all levels. **Results** Both consultation rounds achieved 100% valid questionnaire response rates, with an expert authority coefficient of 0.944. The final quality evaluation framework comprises 3 first-level indicators (support and guarantee, business operation, effect evaluation, with the weights being 0.280, 0.423, and 0.297 respectively), 7 second-level indicators (system construction, asset allocation, human resources, life care, care empowerment, service efficiency, satisfaction), and 24 third-level indicators. The importance score ranges of the first-level, second-level, and third-level indicators were 9.62–9.76, 9.43–9.81, and 9.05–9.81 respectively, and the consistency test of each level of indicators has passed (all $CR < 0.1$). **Conclusion** The established quality evaluation framework of home-based hospice care is reliable, scientific, and practical. It can be used as a valid tool to evaluate quality of hospice care services in residential settings, and promote the regularization and standardization of home-based hospice care services.

Keywords: home care services; hospice care; quality evaluation index; service quality; Delphi method; Structure-Process-Outcome model; analytic hierarchy process; nursing management

作者单位:1. 华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北 武汉, 430030); 2. 华中科技大学同济医学院护理学院; 3. 孝感市第一人民医院安宁疗护中心; 4. 深圳市龙华区人民医院全科医学科; 5. 绍兴市越城区东浦街道社区卫生服务中心; 6. 四川大学华西厦门医院舒缓医疗中心; 7. 北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所康复科; 8. 四川大学华西医院老年医学中心; 9. 浙江大学医学院附属第一医院老年医学科; 10. 四川大学华西医院护理部

通信作者: 吴梅利洋, 1006862631@qq.com

粟伊穗: 女, 硕士在读, 学生, 1454991029@qq.com

科研项目: 国家重点基础研究发展计划项目(2023YFC3605900, 2023YFC3605905)

收稿: 2025-10-22; 修回: 2026-01-12

随着人口老龄化进程加速以及慢性病、恶性肿瘤患病率持续攀升, 终末期患者对安宁疗护的需求日益增长。安宁疗护以缓解痛苦、维护尊严、提升生命质量为核心目标, 已成为医疗体系的重要组成部分。国内研究表明, 受传统文化影响, 多数终末期患者更倾向于在熟悉环境中度过生命的最后阶段^[1-3]。在此背景下, 以患者居所为服务场景的居家安宁疗护逐渐成为我国安宁疗护服务模式的重要延伸, 不仅可以满足患者“居家临终”的需求, 也可一定程度上缓解医疗资源紧张、降低社会照护负担^[4-6]。然而, 相较于机构内照护, 居家场景的特殊性和复杂性显著增加了服务组织与质量管理的难度, 其服务质量如何保障与评价,

已成为当前亟需关注的现实问题。居家安宁疗护并非单纯指患者家属自发实施的临终照护,而是指医疗机构、社区卫生服务中心或专业照护机构等服务主体,依托多学科团队,在患者居所内持续提供的专业安宁疗护服务,其服务内容包含症状管理、心理与社会关怀、临终沟通与照护协调等多个方面^[7-8]。近年来,已有学者关注安宁疗护服务质量评价的问题,并尝试构建相关指标体系^[9]。但现有研究多聚焦于医疗机构内提供的安宁疗护服务,相关评价指标与内容设置难以充分反映居家场景中人员配置、服务方式、连续照护及家庭协作等方面的特点。少数涉及居家安宁疗护的研究,主要聚焦于医疗机构开展的上门安宁疗护服务,对非医疗型机构提供的居家安宁疗护服务关注不足^[10];同时,在指标构成上,针对居家服务特征的核心维度仍有欠缺,如上门服务流程、家庭支持与照护协调机制等内容未能系统呈现^[11]。因此,有必要构建一套适用于居家服务场景、能够全面反映居家安宁疗护服务质量的评价指标体系。结构—过程—结果(Structure-Process-Outcome, SPO)三维质量模型^[12]从服务配置、服务实施过程及实施效果三个层面划分医疗质量评价,为卫生服务的质量评价提供了经典理论框架。基于此,本研究以结构—过程—结果三维质量模型为理论框架,通过文献分析、德尔菲专家函询法及层次分析法,构建居家安宁疗护服务质量评价指标体系,旨在为我国居家安宁疗护服务质量评估与持续改进提供科学评价工具与理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用目的抽样法,遴选来自 5 个省、3 个直辖市的 21 名专家参与咨询。纳入标准:①从事安宁疗护、肿瘤护理、老年护理、姑息医学、护理管理等相关领域工作 10 年以上;②副高及以上职称;③本科及以上学历;④具备扎实的临床实践管理经验与较强的科研能力;⑤自愿参与本研究。21 名专家中,男 2 名,女 19 名;年龄 41~62(50.86±6.08)岁;工作年限 13~44(30.38±7.85)年。高级职称 13 名,副高级 8 名;博士 5 名,硕士 7 名,本科 9 名。安宁疗护 10 名,护理管理 3 名,肿瘤护理 2 名,老年护理 2 名,姑息医学 2 名,养老机构管理 1 名,心理社会肿瘤学 1 名。

1.2 方法

1.2.1 文献分析法 中文检索词为:居家照护,家庭病床,养老院;安宁疗护,姑息治疗,善终服务,终末期护理,临终照护;护理质量,质量评价,评价指标;结构-过程-结果/三维质量模型。英文检索词为:home sickbed, hospital bed at home, home care, home-based care, nursing home; palliative care, hospice

care, end-of-life care, terminal care; quality assessment, quality evaluation, quality indicator, quality tool, quality scale; Structure-Process-Outcome, three-dimensional quality model。检索 Web of Science、Medline、CINAHL、EMBASE、SinoMed、中国知网、万方数据知识服务平台、维普中文科技期刊数据库(VIP),检索时限为建库至 2024 年 12 月 31 日。通过筛选与分析,纳入可以获取全文、涉及居家安宁疗护及安宁疗护指标体系的文献;排除不相关主题、未涉及评价指标、重复发表/数据重叠的文献,排除会议摘要、评论、书信、病例报告等其他类型的文献。最终选定 44 篇文献,分析文献中的指标内容、指标含义、评价流程等,并结合两个《居家安宁疗护服务规范》^[8,13]《居家养老上门服务基本规范》^[14]《安宁疗护实践指南(2025 年版)》^[15]等政策文件。依据结构—过程—结果三维质量模型,形成包括 3 个一级指标、7 个二级指标、24 个三级指标的居家安宁疗护服务质量评价指标体系。

1.2.2 德尔菲专家函询法 自编函询问卷,内容包括研究目的、咨询说明、指标评分、专家基本信息、指标熟悉程度、判断依据等,共进行 2 轮函询。2025 年 2 月 21—28 日进行第 1 轮函询,通过微信与邮件邀请专家完成各级指标评分:首先由专家对“重要性、敏感性 & 可操作性”3 个评价属性进行权重分配(三者权重之和为 100 分),再采用 Likert 11 级评分法对各级指标的 3 个属性进行 0~10 分的评分;各指标的最终得分计算公式为:最终得分=(重要性权重×该指标重要性评分+敏感性权重×该指标敏感性得分+可操作性权重×该指标可操作性评分)/100。例如,若某专家分配的重要性、敏感性、可操作性权重为 40、40、20,某指标对应的三属性评分为 10、10、8,则该指标最终得分为(40×10+40×10+20×8)/100=9.6 分。问卷同时附“修改意见”“建议增加或者删除的条目”栏。指标纳入标准:①各指标最终得分均值>7 分;②变异系数<0.25,为可以接受范围^[16]。第 1 轮函询结束后,课题组依据结果梳理全部条目,剔除冗余、修改表述、整合相近内容,形成修订版指标体系。2025 年 3 月 11—20 日开展第 2 轮函询,并根据专家意见进一步修改完善。

1.2.3 层次分析法 采用层次分析法确立各指标权重^[17]。利用 1~9 标度法对专家主观判断进行量化^[18],1 表示 2 个指标同等重要,3、5、7、9 分别表示 2 个指标相比,一个指标比另一个指标略微重要、比较重要、强烈重要、绝对重要。本研究以“居家安宁疗护服务质量评价”为目标层,一级指标、二级指标为准则层,三级指标为方案层,逐层建立指标重要性两两比较判断矩阵,从而比较结构的合理性。运用和积法计

算判断矩阵的最大特征值(λ_{max})及其对应的特征向量(W),将特征向量归一化处理后,即得到各指标的相对权重向量,并计算一致性指标(CI)值、随机一致性指标(RI)值和一致性检验系数(Consistency Ratio, CR)值。计算方法为 $CI = (\lambda_{max} - n) / (n - 1)$,其中 n 为判断矩阵的阶数; RI 是经验值,通过大量随机生成同阶数的矩阵得到,不同阶数的判断矩阵对应固定的 RI 值^[19]。矩阵的一致性检验系数计算方法为 $CR = CI / RI$;当 $CR < 0.1$ 时,认为判断矩阵有良好的一致性,权重结构可靠^[17]。

1.2.4 评价标准与计分细则的确立 通过德尔菲法和层次分析法确立各级指标及其权重后,为确保指标体系在实际应用中的可操作与科学性,课题组进一步开展了文献分析与实地调研工作以完善指标内涵。
 ①检查内容与方式的界定:再次回顾政策文件^[8,13-15]与相关文献,结合临床护理常规,明确了三级指标的具体检查内容(如查阅档案、现场查看、访谈患者/家属/医护人员等)。
 ②计分方法判定:课题组深入医养结合机构、养老机构与卫生服务中心等开展居家安宁疗护服务的机构进行了实地调研,针对居家环境的特殊性,通过小组讨论确定了具体的计分标准。同时,基于实地调研中获取医疗资源和居家照护的难易程

度,对各指标的可达性进行了预评估和界定。在调研过程中,根据实际操作的难易程度与数据获取的便捷性,对上述评价细则进行了动态调整与反复修正,最终形成包含详细操作定义的评价体系(见附件1)。

1.2.5 统计学方法 使用 Excel2021 软件建立数据库,使用 SPSS27.0 软件进行统计分析。专家基本资料采用频数、构成比(%)、($\bar{x} \pm s$)等进行描述。专家积极系数以问卷回收率表示。专家权威程度用权威系数(Cr)表示, Cr 为学术水平权值(q_1)、判断依据系数(q_2)与熟悉程度系数(q_3)的算术平均数。由变异系数(CV)和肯德尔和谐系数(Kendall's W)反映专家意见的一致性,检验水准 $\alpha = 0.05$;专家意见集中程度用均数、满分率表示。

2 结果

2.1 专家积极系数和专家权威程度 第1、2轮函询发放问卷21份,均回收有效问卷21份,有效回收率均为100%。第1轮函询有12名(57.14%)专家提出意见,第2轮函询有5名(23.81%)专家提出建议。专家的学术水平权值为0.971,判断依据系数为0.957,熟悉程度系数为0.905,专家权威系数为0.944。

2.2 专家意见协调程度 见表1。

表1 专家意见的协调程度

指标	第1轮			第2轮		
	Kendall's W	χ^2	变异系数	Kendall's W	χ^2	变异系数
总体	0.090	62.451*	0.095~0.171	0.090	62.331*	0.082~0.139
一级指标	0.273	11.476*	0.095~0.100	0.287	12.049*	0.082~0.095
二级指标	0.128	16.167*	0.107~0.135	0.136	17.117*	0.107~0.135
三级指标	0.136	65.635*	0.099~0.171	0.114	55.178*	0.096~0.139

注: * $P < 0.05$ 。

2.3 专家函询结果 第1轮函询依据专家意见及指标筛选标准,对指标进行修订:一级指标无删除、无新增;二级指标无删除、无新增,仅将“人员资质”修改为“人力资源”;三级指标无删除、无新增,共修改4个三级指标名称及7个指标描述。第2轮函询依据专家意见并结合课题组讨论结果,对指标进行修订:一级指标无删除、无新增;二级指标无删除、无新增;三级指标无删除、无新增,仅修改5个三级指标名称及6个指标描述。通过层次分析法计算各级指标的权重,各级指标的一致性检验均通过($CR < 0.1$),具体为:一致性指标(CI)全层级均为0.000(所有矩阵 λ_{max} 等于阶数 n ,计算无波动);随机一致性指标(RI)按阶数 $n = 2, 3, 4$ 匹配标准经验值,范围 $0 \sim 0.89$ ($n = 2$ 时 $RI = 0.8$ 个矩阵; $n = 3$ 时 0.52 , 2个矩阵; $n = 4$ 时 0.89 , 1个矩阵);一致性比例(CR): $n = 2$ 矩阵无需计算 CR (默认通过检

验), $n \geq 3$ 矩阵 CR 均满足 $CR < 0.1$ 的检验标准。专家函询结果见表2。

3 讨论

3.1 居家安宁疗护服务质量评价指标体系具有科学性和可靠性 本研究构建的服务质量评价指标体系,是以居家安宁疗护服务提供方及其服务体系为评价对象,重点关注其服务结构配置、服务实施过程与服务效果,而非家庭物理环境或家属照护行为。基于此,本研究以结构-过程-结果三维质量模型为框架,结合我国现行的居家安宁疗护服务规范,通过文献分析、德尔菲专家函询法及层次分析法等方法构建居家安宁疗护服务质量评价指标体系,保证了本研究结果的科学性。现有居家安宁疗护质量评价相关研究多聚焦机构内服务,针对居家场景的工具适配性不足^[11]。即便专为居家场景设计的评价工具,也存在一

表 2 居家安宁疗护评价指标体系的专家函询结果

指标	重要性 (分, $\bar{x} \pm s$)	敏感性 (分, $\bar{x} \pm s$)	可操作性 (分, $\bar{x} \pm s$)	权重	组合权重
1 支持保障	9.62±0.65	9.48±0.73	9.76±0.61	0.280	
1.1 制度建设	9.57±0.73	9.33±0.89	9.52±0.79	0.426	0.119
1.1.1 居家安宁疗护相关规章制度	9.71±0.55	9.33±0.94	9.52±0.85	0.384	0.046
1.1.2 居家安宁疗护相关操作技术规范及服务流程	9.81±0.39	9.29±0.83	9.62±0.79	0.616	0.073
1.2 资产配置	9.48±0.85	9.29±0.93	9.29±0.88	0.199	0.056
1.2.1“互联网+”居家服务信息平台	9.33±0.84	8.86±1.36	9.24±0.92	0.594	0.033
1.2.2 上门服务便携设备	9.71±0.55	9.24±0.87	9.43±0.85	0.406	0.023
1.3 人力资源	9.76±0.43	9.48±0.66	9.48±0.79	0.375	0.105
1.3.1 居家安宁疗护服务人员资质	9.67±0.64	9.43±0.73	9.48±0.79	0.392	0.041
1.3.2 居家安宁疗护服务人员参加专业培训比例	9.52±0.85	9.24±0.87	9.43±0.96	0.608	0.064
2 业务运行	9.76±0.53	9.57±0.58	9.62±0.72	0.423	
2.1 生命关怀	9.81±0.50	9.48±0.66	9.52±0.66	0.741	0.313
2.1.1 居家护理环境评估率	9.48±0.91	9.24±1.15	9.43±0.90	0.059	0.018
2.1.2 建床安宁疗护患者综合评估落实率	9.52±0.85	9.38±1.00	9.43±0.85	0.112	0.035
2.1.3 居家访视达标率	9.57±0.85	9.29±0.88	9.14±0.99	0.204	0.064
2.1.4 多学科团队协作服务	9.48±0.96	9.14±1.17	9.24±1.23	0.044	0.014
2.1.5 中重度症状处置率	9.71±0.63	9.62±0.65	9.33±0.99	0.251	0.079
2.1.6 中重度症状回访率	9.71±0.70	9.62±0.79	9.38±0.90	0.220	0.069
2.1.7 心理干预技术覆盖率	9.48±0.85	9.38±0.90	9.24±1.07	0.110	0.034
2.2 照护赋能	9.71±0.63	9.19±0.85	9.33±0.84	0.259	0.110
2.2.1 家庭会议召开	9.62±0.79	9.05±1.09	9.10±0.92	0.246	0.027
2.2.2 居家照护培训	9.62±0.78	9.33±1.17	9.05±1.33	0.179	0.020
2.2.3 医疗资源上下贯通	9.52±0.85	9.24±1.11	9.14±1.04	0.278	0.030
2.2.4 善终准备沟通	9.38±0.10	9.00±1.07	8.95±1.25	0.187	0.021
2.2.5 居丧期随访率	9.05±1.13	8.76±1.23	8.81±1.10	0.110	0.012
3 效果评价	9.67±0.56	9.43±0.58	9.71±0.70	0.297	
3.1 服务效益	9.48±0.85	9.14±0.99	9.33±0.78	0.256	0.076
3.1.1 中重度疼痛有效缓解率	9.67±0.64	9.29±1.08	9.38±0.84	0.448	0.034
3.1.2 2 期及以上压力性损伤发生率	9.33±0.84	9.14±1.04	9.24±1.02	0.197	0.015
3.1.3 跌倒/坠床发生率	9.29±0.93	9.00±1.23	9.24±1.02	0.213	0.016
3.1.4 自杀/自伤发生率	9.29±1.16	9.00±1.38	9.10±1.27	0.142	0.011
3.2 满意度	9.43±0.79	9.19±0.85	9.48±0.73	0.744	0.221
3.2.1 安宁疗护患者或家属服务体验/满意度	9.57±0.73	9.19±0.96	9.52±0.73	0.666	0.147
3.2.2 安宁疗护从业人员职业体验/满意度	9.52±0.90	9.14±1.04	9.52±0.79	0.334	0.074

定局限:Mayland 等^[20]开发的居家临终照护简化自评量表(包含环境、照护、沟通 3 个维度),虽该量表信度良好(Cronbach's α 0.79~0.89),但存在有效回复率低(24.7%)、样本性别偏倚、尚未汉化的问题,难以直接适配我国居家安宁疗护的实践场景。这也进一步凸显本研究构建本土化、实操性强的评价指标体系的现实必要性。专家来源、专家积极性、权威系数及协调程度为影响本研究可靠性的关键因素。本研究遴选了 21 名函询专家,覆盖安宁疗护、姑息医学、肿瘤护理、老年护理、护理管理、养老机构管理多个核心领域,来自我国多地区的三级医院与专业机构,样本代表性较强。专家小组均具备副高及以上职称,拥有硕士及以上学历达 12 人,表明函询专家具备较高的学术水准。2 轮函询专家的积极系数均为 100%,并分

别有 57.14%、23.81%的专家提出意见,表明专家对本研究具有较高的关注度。专家函询的权威系数为 0.944;第 1 轮函询的肯德尔和谐系数为 0.128~0.273,第 2 轮肯德尔和谐系数为 0.114~0.287。第 2 轮函询中,三级指标的肯德尔和谐系数由 0.136 略降至 0.114,这可能与专家评分普遍偏高有关。当评分集中在高分段时,极小的分值差异会导致排序变化,从而使肯德尔和谐系数降低^[21]。尽管如此,更能反映指标集中趋势的变异系数值在第 2 轮中表现为明显的优化趋势,第 1 轮变异系数为 0.095~0.171,第 2 轮变异系数分别为 0.082~0.139。变异系数整体下降表明,专家对于大多数指标的认可度在提升,其意见的离散程度在缩小。这证实了经过第 1 轮的修订,指标内容的表述更加清晰、准确。此外,经 χ^2

检验,2轮函询的协调系数具有统计学差异(均 $P < 0.05$),说明函询专家意见协调程度较高,故结果可靠。本研究应用层次分析法计算各级指标权重,并进行了一致性检验。结果显示,各层级指标的CR值均 < 0.1 ,证实权重分配逻辑合理,进一步保障了指标体系的可靠性。以上结果说明构建的居家安宁疗护服务质量评价指标体系具有较好的科学性与可靠性。

3.2 居家安宁疗护服务质量评价指标体系具有实用性 居家安宁疗护服务在解决终末期患者临终痛苦、医疗成本高等问题提供优化方案,为保障安宁疗护的公平性等问题提供新的视角^[22-23];其更关注终末期患者的“身心社灵”干预措施^[11],保证患者的生命质量,实现居家善终^[4,22]。3项一级指标中“业务运行”权重(0.423)最高,该指标下设了“生命关怀(组合权重0.313)”和“照护赋能(组合权重0.110)”2项二级指标及12项三级指标。这一权重分配符合居家安宁疗护的场景特殊性与实施痛点。相较于住院安宁疗护服务模式,居家安宁疗护缺乏医疗资源的持续支撑,服务碎片化、症状管理的滞后性及家庭照护能力不足是当前我国居家安宁疗护的主要实施瓶颈^[24-25]。同时,“业务运行”的高权重,表明有效的症状管理以及其他全方位的生命关怀措施^[23],配合家庭照护赋能,是保证高质量居家安宁疗护服务的决定性因素。患者中重度症状的处理以及居家访视频次,对于提升居家安宁疗护患者的舒适度和照护服务质量有着显著的影响。此外,居家安宁疗护服务的连续性是确保长期服务质量及持续效果的关键要素^[26],这在二级指标“照护赋能”中得到了突出体现,其下设的“医疗资源的上下贯通”组合权重为0.030,处于较高水平。这表明,居家安宁疗护中,各级医院、社区与家庭间开通绿色通道、搭建合作平台,可实现医疗资源高效联动,这是保障服务质量、维持服务连续性的重要支撑。

服务的支持保障是保证居家安宁疗护服务质量的基础。一级指标“支持保障”权重为0.280,表明专家对涉及“制度建设”“资产配置”及“人力资源”相关支持保障的高度认可。一级指标“支持保障”下设的二级指标中,“制度建设”组合权重(0.119)最大,有力佐证了制度建设在夯实服务质量根基方面的关键作用。从服务源头和服务过程保障服务行为的合理性,才能确保居家安宁疗护服务的不断发展。完善相关制度建设、明确相关技术的操作规范可以控制服务安全风险的发生,同时加强相关工作人员的培训,能促进服务的规范化和标准化。远程信息技术的发展为居家安宁疗护的管理拓展了更多的可能性,而线上服务平台是提升服务可及性、保障服务连续性的重要手段^[27],其价值愈发凸显。基于此,本研究将“互联网+

居家服务信息平台”这一要素纳入资产配置指标,契合我国“互联网+护理服务”的政策导向与技术发展现状^[28]。线上平台通过症状上报、远程指导、服务预约等功能,有效解决了居家安宁疗护中“服务响应不及时”“机构距离远”等问题。同时,远程平台还能减少医护人员的无效上门频次、降低人力成本,在医疗资源紧张背景下具有现实意义。

居家安宁疗护服务的核心目标在于优化生命末期患者的照护结局,且服务成效的评估及服务对象满意度调查是衡量服务质量的关键指标,也是不断改进服务质量的依据。一级指标“效果评价”中,二级指标“满意度”组合权重高达0.221,远高于二级指标“服务效益”组合权重(0.076),且同时涵盖“患者或家属体验/满意度”与“医务人员满意度”,形成了多主体、全方位的效果评价闭环。主观层面的服务满意度为效果评价核心关注点。针对满意度的调查,本研究不仅以服务对象对于居家安宁疗护服务的体验入手,同时也关注服务提供者,即居家安宁疗护服务人员对于工作的满意度。居家安宁疗护服务接受对象的满意度是衡量服务质量的核心指标^[29],服务对象针对所接受服务的评价,可以直观反映服务中存在的不足和缺陷,对于持续提升居家安宁疗护服务质量至关重要。安宁疗护医护人员对其工作的满意程度,与维持安宁疗护服务团队的稳定性、照护质量的提升以及护患关系的良性发展紧密相关^[30]。服务效益的评价维度主要聚焦于症状缓解,其关键评价内容涵盖“中重度疼痛有效缓解率”“2期及以上压力性损伤发生率”“跌倒/坠床发生率”以及“自杀/自伤发生率”。这与Biswas等^[31]的研究结论一致,即症状管理为服务效果的核心影响因素。其中,三级指标“中重度疼痛有效缓解率”组合权重达0.034,这一较高数值表明,对生命末期患者实施有效的疼痛控制,是保障患者舒适度、改善生命质量的重要手段^[32]。

4 结论

本研究以“结构-过程-结果”模型为框架,通过文献分析、德尔菲法以及层次分析法,构建了包括3个一级指标、7个二级指标及24个三级指标的居家安宁疗护服务质量评价指标体系,可为居家安宁疗护服务提供客观科学的评价依据。本研究第2轮函询三级指标肯德尔和谐系数较第1轮小幅降低,虽检验结果具统计学意义,但指标仍有优化空间;同时函询专家虽覆盖东、西、中、北部多地区,但以三级医院为主,对社区卫生服务中心、养老机构等基层主体代表性不足;且受时间与资源限制,未开展大规模实证检验,指标敏感性、区分度与长期适用性仍需进一步验证。后续将在多地区开展实证应用,建立动态调整机制并定

期修订,持续提升指标体系的操作性与普适性。

附件 1 指标体系各条目计分方法
 请用微信扫码查看



附件 1 各条目计分方法

参考文献:

[1] 张立龙,韩润霖. 中国老年人临终地点及影响因素研究[J]. 人口学刊,2020,42(3):102-112.

[2] Ali M, Capel M, Jones G, et al. The importance of identifying preferred place of death[J]. BMJ Support Palliat Care,2019,9(1):84-91.

[3] Arnold E, Finucane A M, Oxenham D. Preferred place of death for patients referred to a specialist palliative care service[J]. BMJ Support Palliat Care, 2015, 5 (3) : 294-296.

[4] Zhu E, McCreedy E, Teno J M. Bereaved respondent perceptions of quality of care by inpatient palliative care utilization in the last month of life[J]. J Gen Intern Med, 2024,39(6):893-901.

[5] Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care[J]. J Am Geriatr Soc,2007,55(7):993-1000.

[6] Patel H Y, West D J. Hospital at home: an evolving model for comprehensive healthcare[J]. Glob J Qual Saf Healthc,2021,4(4):141-146.

[7] 张帅,许国栋,陈红霞,等. 晚期癌症患者居家安宁疗护需求评估量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志,2023,38(2):96-99.

[8] 四川天府新区质量技术协会. 居家安宁疗护服务规范:T/TFZX 36-2024[S]. 成都:四川天府新区行政审批局,2024.

[9] 陈怡杨,陈长英,王盼盼,等. 安宁疗护质量评价工具的研究进展[J]. 护理学杂志,2019,34(19):102-105.

[10] 王婷婷,卢青文,刘丹,等. 居家安宁疗护质量评价指标体系的构建研究[J]. 护理管理杂志,2024,24(4):321-325.

[11] 阚吟诗,岳鹏,李朝煜,等. 居家安宁疗护服务质量评价的研究进展[J]. 护理学杂志,2025,40(9):21-25.

[12] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care[J]. Milbank Q,2005,83(4):691-729.

[13] 重庆市卫生健康委员会. 居家安宁疗护服务规范:DB50/T 1788-2025[S]. 重庆:2025.

[14] 全国社会福利服务标准化技术委员会. 居家养老上门服务基本规范:GB/T 43153-2023[S]. 北京:2023.

[15] 国家卫生健康委办公厅. 安宁疗护实践指南(2025年版)[EB/OL]. (2025-08-01)[2025-09-15]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202508/77bbbf599f894e40bbeffff938e8a577.shtml>.

[16] 杨舒岚,项巧珍,柴栖晨. 安宁疗护服务质量评价指标体系的构建[J]. 中华现代护理杂志,2024,30(7):859-864.

[17] Saaty T L. How to make a decision: the analytic hierarchy process[J]. Eur J Oper Res,1990,48(1):9-26.

[18] Saaty T L. A scaling method for priorities in hierarchical structures[J]. J Math Psychol,1977,15(3):234-281.

[19] Ling H. Sampling distribution of the random consistency index of the analytic hierarchy process(AHP)[J]. J Stat Comput Simul,1996,55(1-2):121-131.

[20] Mayland C R, Lees C, Germain A, et al. Caring for those who die at home:the use and validation of "care of the dying evaluation" (CODE) with bereaved relatives[J]. BMJ Support Palliat Care,2014,4(2):167-174.

[21] Valz P D, McLeod A I, Thompson M E. Cumulant generating function and tail probability approximations for Kendall's score with tied rankings[J]. Ann Stat,1995,23(1):144-160.

[22] Gruber J, Howard D H, Leder-Luis J, et al. Dying or lying? For-profit hospices and end-of-life care[J]. Am Econ Rev,2025,115(1):263-294.

[23] Currow D C, Agar M R, Phillips J L. Role of hospice care at the end of life for people with cancer[J]. J Clin Oncol,2020,38(9):937-943.

[24] 李丽. 居家安宁疗护服务模式概述及发展思考[J]. 上海护理,2023,23(4):1-6.

[25] 陈蜀惠,夏海鸥,来小彬,等. 上海市居家安宁疗护服务阻碍因素分析[J]. 护理学杂志,2021,36(2):72-76.

[26] Lees C, Mayland C, West A, et al. Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers[J]. Int J Palliat Nurs,2014,20(2):63-67.

[27] 杜静,伦晓钦,赵琳,等. 山东省“互联网+护理服务”实践效果分析[J]. 中国护理管理,2024,24(4):507-512.

[28] 国家卫生健康委办公厅. 进一步推进“互联网+护理服务”试点工作[EB/OL]. (2020-12-14)[2025-01-10]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-12/16/content_5569982.htm.

[29] Wegier P, Varenbut J, Bernstein M, et al. "no thanks, I don't want to see snakes again": a qualitative study of pain management versus preservation of cognition in palliative care patients[J]. BMC Palliat Care, 2020, 19(1): 182.

[30] 汤真清,王玲,钟姮,等. 上海市社区卫生服务供需双方满意度调查[J]. 健康发展与政策研究,2018,21(5):441-445,451.

[31] Biswas J, Faruque M, Banik P C, et al. Satisfaction with care provided by home-based palliative care service to the cancer patients in Dhaka City of Bangladesh: a cross-sectional study[J]. Health Sci Rep,2022,5(6):e908.

[32] 姚飞,沈轶群,陈苏红. 癌症患者症状群管理研究进展[J]. 医学与哲学,2023,44(11):77-80.

(本文编辑 赵梅珍)