

医联体内安宁疗护患者向下转诊障碍因素的质性研究

张宇轩¹, 赵伟², 张慧¹, 代雨晴¹, 刘子旋¹, 绳宇¹

摘要: **目的** 探讨医联体内安宁疗护向下转诊过程中存在的障碍因素,为提升安宁疗护服务连续性与可及性提供参考。**方法** 采用描述性质性研究方法,通过目的抽样法选取北京协和医院医联体内 3 所医疗机构中参与安宁疗护服务及转诊协作的 15 名医护人员进行半结构化访谈,运用主题分析法分析资料。**结果** 提炼出 4 个主题、12 个亚主题:患者与家属层面(对安宁疗护理念及转诊认知不足、对基层医疗机构信任度不足、家庭内部存在决策分歧);三级医院层面(医护人员安宁疗护理念不足、沟通能力有待加强、临床工作负荷过重);基层医疗机构层面(服务资源配置不足、医护人员专业能力有待提升、服务优势呈现不足);系统与机制层面(医联体协作持续性不足、照护信息传递不畅、服务补偿机制不完善)。**结论** 医联体内安宁疗护向下转诊受多层次因素的共同影响。未来应加强公众对安宁疗护的认知、提升医护人员专业能力与沟通水平、优化基层资源配置与服务能力、完善医联体协作与信息共享机制并健全激励体系,提升转诊连续性与安宁疗护服务质量。

关键词: 医联体; 医护人员; 安宁疗护; 转诊; 障碍因素; 转诊衔接; 转诊连续性; 质性研究

中图分类号: R47; R48 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.17.109

Barriers to downward referral for patients receiving palliative care within medical alliances: a qualitative study

Zhang Yuxuan, Zhao Wei, Zhang Hui, Dai Yuqing, Liu Zixuan, Sheng Yu. School of Nursing, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100144, China

Abstract: **Objective** To explore the barriers encountered during the downward referral process for palliative care within medical alliances and to provide a reference for improving the continuity and accessibility of palliative care services. **Methods** A descriptive qualitative study was conducted. Purposive sampling was used to recruit 15 healthcare professionals involved in palliative care provision and referral coordination from three healthcare institutions within the Peking Union Medical College Hospital medical alliance. Semi-structured interviews were conducted, and the data were analyzed using thematic analysis. **Results** A total of 4 themes and 12 subthemes were identified: patient and family level: insufficient understanding of palliative care concepts and referral processes, limited trust in primary healthcare institutions, and disagreements among family members regarding care decisions; tertiary hospital level: inadequate awareness of palliative care concepts among healthcare professionals, insufficient communication skills, and excessive clinical workload; primary healthcare institution level: insufficient allocation of service resources, need for improvement in healthcare professionals' palliative care competencies, and inadequate demonstration of service advantages; system and mechanism level: insufficient sustainability of medical alliance collaboration, ineffective transfer of care information, and inadequate service compensation mechanisms. **Conclusion** Downward referral for palliative care within medical alliances is influenced by multiple factors at different levels. Future efforts should focus on enhancing public awareness of palliative care, improving healthcare professionals' competencies and communication skills, optimizing primary healthcare resources and service capacity, strengthening collaboration and information-sharing mechanisms within medical alliances, and establishing effective incentive systems to improve referral continuity and the quality of palliative care services.

Keywords: medical alliance; healthcare professionals; palliative care; referral; barriers; referral coordination; referral continuity; qualitative study

随着人口老龄化进程加速以及慢性非传染性疾病负担的持续增加,终末期患者数量不断上升,其照护需求显著增长。安宁疗护是一种为疾病终末期患者及家属提供的综合性照护服务,旨在缓解症状、减轻痛苦,提高患者生存质量^[1]。在我国现有医疗服务体系中,三级医院长期面临床位紧张及医疗负担重等问题,难以充分满足安宁疗护患者的长期照护需

求^[2-3]。因此,将病情相对稳定的患者由上级医院转至基层医疗机构接受后续照护,有助于提升服务的连续性与可及性、缓解三级医院压力,并推动安宁疗护服务向基层延伸的重要途径^[4]。医联体作为整合区域医疗资源、促进不同级别医疗机构上下联动的重要组织形式,为患者在不同层级医疗机构之间的转诊提供了制度支持^[5]。近年来,我国陆续出台了多项政策^[6-7],鼓励将安宁疗护服务纳入医联体管理,探索三级医院、基层医疗卫生机构和家庭相衔接的安宁疗护服务模式与转诊机制^[8],以促进优质资源下沉并优化服务体系^[9]。然而,在实际运行中,安宁疗护患者的向下转诊比例仍较低,且转诊过程中存在衔接不畅及执行受阻等问题^[10]。既往研究多集中于安宁疗护患者及家属的照护体验、服务需求或模式评价等主

作者单位:1. 中国医学科学院北京协和医学院护理学院(北京, 100144);2. 西安交通大学医学部护理学系

通信作者:绳宇, shengyu_pumc@163.com

张宇轩:女,硕士在读,学生, yuxuanzhang1026@163.com

科研项目:2023 年度教育部人文社会科学研究规划基金项目(23YJA630079)

收稿:2026-04-12;修回:2026-06-16

题^[11-12],对医疗机构间转诊过程的关注较为有限。医护人员作为安宁疗护服务的直接提供者与转诊流程的关键执行者,贯穿于患者评估、转诊决策、医患沟通及转诊实施等核心环节,在推动安宁疗护向下转诊中发挥着重要作用^[13]。因此,本研究采用描述性质性研究方法,以医联体内参与安宁疗护服务及转诊协作的医护人员为研究对象,探讨安宁疗护患者向基层医疗机构转诊过程中存在的障碍因素,以期为促进安宁疗护服务体系的有效运行提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,于2025年11月至2026年3月,选取北京协和医院医联体内北京协和医院、北京隆福医院及蒲黄榆社区卫生服务中心3所医疗机构中参与安宁疗护服务及转诊协作工作的医护人员作为访谈对象。该医联体内,前2所医院为三级甲等医院,参与安宁疗护患者向基层医疗机构的转诊工作,蒲黄榆社区卫生服务中心承接转诊患者并提供持续安宁疗护服务。纳入标准:①2年及以上安宁疗护临床工作经验;②初级及以上职称;③参与安宁疗护患者照护工作及转诊过程;④能充分表达内心感受。排除标准:因进修、培训、妊娠等原因近6个月不在岗。遵循最大差异化原则,选择不同机构、年龄、职业类别、职称、安宁疗护从业年限的医护人员纳入研究。访谈样本量遵循资料饱和原则,本研究访谈12名受访者时已不再有新主题出现,为确保资料达到真正饱和,增加3名访谈,仍无新主题出现,停止访谈。最终共纳入受访者15名,其中护士9名(编号N1~N9),医生6名(编号D1~D6)。研究对象均自愿参与,并签署知情同意书。本研究已获得北京协和医学院伦理委员会审批(PUMCSON-2025-45)。受访者一般资料见表1。

表1 受访者一般资料

编号	性别	年龄	职称	工作年限	安宁疗护从业年限	医院等级
N1	女	34	主管护师	9	5	三级甲等医院
N2	女	31	护师	11	3	社区卫生服务中心
N3	女	33	护师	12	3	社区卫生服务中心
N4	女	33	主管护师	9	4	三级甲等医院
N5	女	37	主管护师	13	10	三级甲等医院
N6	女	39	主管护师	16	2	社区卫生服务中心
N7	女	27	护师	5	2	社区卫生服务中心
N8	女	43	主管护师	23	8	三级甲等医院
N9	女	45	主管护师	21	5	社区卫生服务中心
D1	男	35	住院医师	11	6	三级甲等医院
D2	女	46	主治医师	20	7	社区卫生服务中心
D3	男	39	主治医师	15	3	社区卫生服务中心
D4	女	42	主治医师	16	5	三级甲等医院
D5	女	37	主治医师	13	3	社区卫生服务中心
D6	女	52	副主任医师	26	9	三级甲等医院

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 在文献回顾的基础上,经课题组讨论形成初步访谈提纲,进行3次预访谈并修订后形成正式访谈提纲:①在您所在机构,安宁疗护患者的转诊一般是如何开展的?②在医联体内开展安宁疗护转诊及协作的过程中,您所在医院与其他层级医院是怎样进行信息共享和协作的?信息传递过程

是否顺利?③开展安宁疗护服务及向下转诊协作时,您遇到了哪些困难或阻碍?通常是如何处理或应对的?④为进一步推进安宁疗护转诊工作的开展,您认为需要获得哪些支持?这些支持是否能够得到满足?

1.2.2 资料收集方法 采用描述性质性研究方法,运用半结构化访谈的形式进行一对一、面对面访谈。在正式访谈前,访谈者与受访者建立信任关系,介绍访谈的目的和流程,并向受访者说明自愿和保密原则,签署知情同意书。访谈地点以受访者便利为原则,选择会议室或安静、私密的场所进行。访谈过程参考访谈提纲进行,征得受访者同意后全程录音,同时观察并记录受访者面部表情、肢体动作等非语言资料,灵活运用访谈技巧,鼓励受访者充分表达个人观点,避免任何暗示、引导或评价。每次访谈33~83 min,中位数为47 min。

1.2.3 资料分析方法 每次访谈结束后24 h内,由2名研究者将访谈录音逐字转录,并结合现场记录进行校对和补充。完成资料整理后,导入NVivo12.0软件进行资料管理和辅助分析。采用主题分析法^[14]进行资料分析。由2名研究者独立完成编码与主题归纳,并定期组织会议,对存在分歧的部分进行讨论,直至达成一致。

1.2.4 质量控制 ①研究者系统学习过质性研究方法,掌握访谈技术,可根据访谈情况调整提问方式;②访谈者保持中立态度,营造安全信任的访谈氛围,鼓励受访者充分表达真实想法;③资料整理后返还受访者核对,提高结果可信度;④参考质性研究报告综合标准清单^[15]规范报告撰写过程。

2 结果

共提炼出4个主题及12个亚主题。

2.1 患者与家属层面

2.1.1 对安宁疗护理念及转诊认知不足 患者及家属对安宁疗护及向下转诊内涵的认知存在偏差,且部分家属未能清楚认识患者所处的疾病阶段,仍倾向于积极治疗,影响其对安宁疗护及向下转诊的接受度。D6:“有些家属一听到安宁疗护,就会觉得是不是不治了、放弃了,其实他们对这个概念(安宁疗护)存在很大的误解。”N1:“有的家属会觉得转诊是医院不想再管了,要让病人早点出院,所以反应会比较激烈。”N4:“其实很多家属根本不清楚病人现在到什么阶段了,还总想着再多治一治,所以一提转下去,他们就不太能接受。”

2.1.2 对基层医疗机构信任度不足 受传统就医观念影响,患者及家属更倾向于选择三级医院接受治疗,对基层医疗机构的医疗及照护能力缺乏信任,对向下转诊的接受度较低。D3:“有些患者就是冲着三甲医院来的,就算没有床位,只能在走廊坐着,他们也不愿意转走,还是想继续待在这里。”N5:“有的家属情绪会比较激动,觉得那边(基层医疗机构)给不了他们想要的治疗。”N6:“有些患者一听要转到下面(基层医疗机构)去,心理落差会很大,会担心那边条件不

够、照顾不好。”

2.1.3 家庭内部存在决策分歧 不同家庭成员在情感立场和治疗期待上存在差异,家庭内部对后续治疗方案及转诊去向难以形成统一意见,影响转诊工作的推进。D1:“家属之间意见差别挺大的,有的想继续治,有的可以接受安宁疗护,他们自己都没商量好,我们后面的工作就很难推进。”N4:“患者之前跟家属提出过接受安宁疗护,但是家属还想再尝试一下(积极治疗)。”N8:“患者的女儿觉得老人太痛苦了,不想再折腾了,但患者的儿子坚决不同意转诊,这种情况我们基本很难再往下沟通。”

2.2 三级医院层面

2.2.1 医护人员安宁疗护理念不足 部分三级医院医护人员对安宁疗护的理念理解不充分,在临床实践中仍以延长生命为主要治疗目标,未能及时识别安宁疗护介入及向下转诊的时机。N8:“如果医护人员自身不太能接受安宁疗护理念的话,他很难去和家属进行有效的沟通,推动转诊的进行。”N5:“有的医生更倾向于继续治疗,哪怕效果已经不太理想了,也不太会主动去考虑安宁疗护或者往下级医院转的事情。”

2.2.2 医护人员沟通能力有待加强 部分三级医院医护人员在与患者及家属讨论疾病预后及转诊安排时,沟通不充分,难以帮助患者及家属理解病情并形成合理预期,影响其对安宁疗护及转诊决策的认同度。N1:“我们在沟通这块儿其实也有点欠缺,有的人就是不太会聊这些比较敏感的话题,说起来也比较困难。”N9:“如果能在上级医院把话谈得透一点,患者及家属会更加认可安宁疗护,我们(基层医护人员)接收患者的压力就会小一点。”D4:“终末期的患者,怎么去跟他谈死亡、让他慢慢接受,这个其实是需要专门训练的,如果平时接触这类患者不多,也没有系统学过相关沟通方法,其实很难把这个过程处理好。”

2.2.3 医护人员临床工作负荷过重 由于临床工作负荷较重,三级医院医护人员难以投入充足时间开展病情沟通和转诊协调工作。N1:“平时工作已经挺忙的了,再加上这些沟通工作,其实很难顾得过来。”N4:“我们护理人员每天治疗任务就很多,很少有时间能坐下来专门谈这些事情。”D1:“其实负责一个安宁疗护的病人是需要花很多时间的,用同样的时间,可能能兼顾两三例危重病人,所以确实很难兼顾。”

2.3 基层医疗机构层面

2.3.1 服务资源配置不足 基层医疗机构的安宁疗护服务资源配置不足,主要表现为照护耗材不足、服务环境及基础设施有限,难以充分满足转诊患者的连续照护需求。N9:“我们这边能用的耗材比较有限,有的从上级医院转下来的病人身上贴了很多防压疮的敷料,但我们这里只有纱布,对于患者的皮肤管理就会出现中断。”D3:“患者和家属转来以后觉得我们(基层医疗机构)的环境跟他们预想的不一樣,就会有点失望。”

2.3.2 医护人员专业能力有待提升 部分基层医

护人员由于培训与实践经验不足,对安宁疗护患者的症状管理缺乏信心,在接收转诊患者时存在顾虑。D6:“他们(社区医护人员)从自身的安全角度出发,会比较谨慎,不太敢收这种终末期的患者,可能需要在临床见识更多这样的患者,后面才敢收治。”N8:“社区的医护人员向我们(三级医院医护人员)反映,他们不是不想收,是真的没有经过专门的培训,心里没底,怕处理不好,出了问题担不起这个责任。”D2:“对于这种比较重的病人,我们心里还是会有些忐忑,所以不太敢轻易答应接收转诊患者。”D5:“有些症状控制起来比较复杂,我们平时接触得不多,就会担心处理不及时,家属那边也会有意见。”

2.3.3 服务优势呈现不足 基层医疗机构在个体化照护及家庭支持等方面具有一定优势,但相关优势在转诊过程中未得到充分体现。N1:“其实社区有个好处,住院病人比较少,护理人员能花更多时间在每个病人身上,家属来探视也方便,住得近的话随时都能来。但很多患者和家属根本不知道这些,完全没有人跟他们讲过。”N5:“基层医疗机构的优势没有很好地体现出来,很多人没有了解途径,也就没有办法相信能在那里得到好的护理。”

2.4 系统与机制层面

2.4.1 医联体协作持续性不足 尽管医联体内医疗机构之间已建立一定的协作基础,但联合查房、专业培训及日常沟通等协作活动未能持续开展。N2:“转诊这件事情有时候不是不想做,而是中间衔接的环节太多,如果没有一个顺畅的协作机制,很容易在某个环节就卡住了。”D1:“我们现在跟社区卫生服务中心在建立合作,之前也说过要一起查房、加强沟通,但真正落实下来还是比较少。”D5:“刚开始合作的时候还挺积极的,会有一些联合查房或者培训的活动,但后来慢慢就没有了。”

2.4.2 照护信息传递不畅 在转诊过程中,患者医疗、护理等照护信息传递不充分,使医护人员难以全面了解患者既往情况,影响照护连续性。D2:“有些家属和患者自己也说不清楚具体情况,如果没有完整资料的话,我们再一点点问,就会很费时间,也不一定问得全。”N9:“其实交接的信息挺有限的,像患者的皮肤情况、肢体功能状态这些都说得不太清楚。”N2:“有时候病人转过来就只有一张出院小结,用药的具体情况、家庭背景、患者的心理状态这些都没有,我们还得重新跟家属再问一遍。”N7:“我们看不到他们那边的护理记录,他们也看不到我们的,(照护的)连续性难以实现。”

2.4.3 服务补偿机制不完善 安宁疗护工作需要医护人员投入大量时间进行沟通、情绪支持及家庭协调,但相关服务项目缺乏明确的收费标准和补偿机制,医护人员的付出难以获得相应回报。N3:“安宁疗护的病人管理起来确实更繁琐,也更耗精力,除了常规的医疗措施,还要一直关注患者的感受,调和家属的矛盾,这些工作投入很大,但没有办法形成有形

的补偿。”N7:“我们很多时候其实是靠情怀在做,这些沟通和陪伴都特别花时间,但是很难得到相应的回报。”D2:“现在很多人觉得安宁疗护不好开展,一个很重要的原因就是没有明确的收费项目,医保的支持也比较有限。”

3 讨论

3.1 加强患者及家属认知与家庭决策支持,促进安宁疗护转诊实施 本研究发现,患者及家属对安宁疗护向下转诊认知不足,且家庭内部决策难以达成一致,阻碍了转诊的顺利推进,与 Liu 等^[11]的研究结果一致。受我国传统孝道观念影响,家属常将积极治疗视为履行责任的方式,将安宁疗护理解为放弃治疗,认为选择安宁疗护可能被视为不孝^[16]。同时,不同家庭成员对患者预后的认知存在差异,难以在治疗方案上达成共识,增加了决策的复杂性。Mulcahy Symmons 等^[17]指出,家庭决策的复杂性可能增加照护负担,并延迟医疗决策进程。因此,临床实践中应尽早引入安宁疗护理念,帮助患者及家属在疾病进展过程中逐步建立正确认知^[18];并通过家庭会议、预立医疗照护计划及决策辅助工具等方式,促进家庭内部决策的一致性^[19]。此外,患者及家属对基层医疗机构的信任不足是制约转诊的另一重要障碍。长期以来分级诊疗落实不足,三甲医院在资源与技术层面形成明显优势,使患者在就医过程中仍倾向于留在上级医院^[20]。因此,建议在转诊前,帮助患者与基层医护人员建立联系,增强患者及家属对基层医疗机构的了解与信任^[21];同时加强对分级诊疗制度的宣传,引导公众转变就医理念和行为习惯^[22]。

3.2 健全医护人员培训与沟通机制,提升转诊识别与衔接能力 本研究发现,部分三级医院医护人员在临床实践中仍以疾病治疗为导向,对安宁疗护介入时机识别不足。研究显示,医护人员对安宁疗护的认知正确率仅为 49%,认同度为 58%,均处于中等偏低水平^[23]。这可能与我国医学教育体系中安宁疗护课程设置不足及相关实践培训有限有关^[24]。因此,建议将安宁疗护相关课程纳入医学教育体系,并对在职医护人员开展专项培训,提升医护人员对安宁疗护的认知水平和实践能力。此外,本研究还发现,三级医院医护人员沟通能力不足及临床工作负荷较重,在一定程度上影响了转诊的有效开展。研究表明,SPIKES 沟通模式能够为医护人员在病情告知、情绪回应及后续计划制订等环节提供指导,有助于提高沟通质量^[25]。同时,由安宁疗护专科护士或个案管理师承担沟通及转诊协调工作,有助于提升沟通的连续性^[26]。基于此,可引入标准化沟通工具,并设置专职岗位负责安宁疗护转诊过程中的沟通与协调工作,推动转诊的有效开展。

3.3 优化资源配置与专科能力建设,提升基层医疗机构承接能力 本研究表明,基层医疗机构资源配置不足,难以充分满足安宁疗护患者的复杂需求,阻碍了转诊的顺利进行,与既往研究结果^[27]相似。基层

医疗机构在财政投入、资源配置等方面获得支持有限,且缺乏统一的建设标准与帮扶指导,导致其服务供给能力不足。这提示,应加大对基层医疗机构建设的支持力度,完善基础设施与资源配置,推动安宁疗护服务标准化建设,以提高基层医疗机构的安宁疗护承接能力^[28]。此外,本研究发现,基层医护人员因专业培训和实践经验不足,在接收安宁疗护患者时存在顾虑。研究表明,基于案例的情景模拟培训能有效提升医护人员的沟通与症状管理能力^[29]。同时,远程会诊和在线案例讨论等方式可为基层医护人员提供持续的专业支持^[30]。因此,应加强基层医护人员安宁疗护相关培训,并依托医联体构建上下联动的远程支持机制,提升其安宁疗护实践能力。

3.4 完善协作机制与补偿体系,促进安宁疗护转诊可持续发展 本研究发现,医联体内存在转诊协作不足及信息传递不畅等问题,影响了转诊的连续性。既往研究表明,在转诊过程中,信息传递不完整易导致照护衔接中断,并增加不良事件发生的风险^[31]。应用结构化转诊工具能够规范信息内容与传递流程,有助于提升跨机构照护的连续性^[32]。基于此,应进一步完善医联体内信息共享机制,规范转诊信息传递流程,为患者照护信息的连续传递提供支持。此外,本研究发现,安宁疗护相关收费项目和补偿机制尚不完善,医护人员投入的大量时间与精力难以获得相应回报,影响其参与安宁疗护工作的积极性。既往研究表明,当医护人员长期处于高投入而缺乏相应支持的工作状态时,职业倦怠风险可能增加,进而影响服务质量及人员稳定性^[33]。因此,应完善安宁疗护服务收费与补偿机制,并通过设立专项补贴及营造支持性的工作环境,增强医护人员工作积极性和职业认同感,推动安宁疗护转诊工作顺利发展。

4 结论

本研究通过对医联体内参与安宁疗护服务及转诊协作的医护人员进行访谈,从患者与家属、三级医院、基层医疗机构、系统与机制 4 个层面分析了医联体模式下安宁疗护向下转诊过程中存在的阻碍因素,可为我国医联体内安宁疗护转诊路径的优化提供参考。然而,本研究对象仅局限于北京市协和医院医联体内 3 所医疗机构,样本量相对有限。未来研究可扩大样本范围,纳入不同地区、不同层级医疗机构的参与者,并结合患者与家属视角开展多主体研究,为临床实践提供更全面的依据。

参考文献:

- [1] World Health Organization. Palliative care [EB/OL]. (2023-06-01)[2026-03-15]. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>.
- [2] 刘昊. 安宁疗护分级诊疗模式的探讨[J]. 医学与哲学, 2022(23): 25-28.
- [3] 何昭好, 高星, 李斌, 等. 医学生志愿者安宁疗护实践体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2023, 38(8): 80-83.
- [4] Atreya S, Mathew M, Dhyan V S, et al. Palliative care

- in low and middle-income countries to reduce cancer suffering:a systematic review[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2026,71(4):e420-e444.
- [5] 吴雪花,徐芙蓉,肖华梅,等. 区域医联体医院 ICU 护士核心能力现状及影响因素研究[J]. *护理学杂志*,2024,39(15):60-64.
- [6] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见[J]. *中华人民共和国国务院公报*, 2017,13:14-18.
- [7] 国家卫生健康委员会,教育部,科技部,等. 关于印发“十四五”健康老龄化规划的通知[J]. *中华人民共和国国务院公报*,2022,15:63-72.
- [8] 国家卫生健康委员会. 关于全面加强老年健康服务工作的通知[EB/OL]. (2021-12-31)[2026-03-18]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-01/18/content_5669095.htm.
- [9] 迟宁,卢琦,沈悦好,等. 基于 SWOT 模型分析下天津市医联体模式实施现状及对策研究[J]. *中国卫生事业管理*,2020,37(5):337-341.
- [10] Flierman I, Van Seben R, Van Rijn M, et al. Health care providers' views on the transition between hospital and primary care in patients in the palliative phase:a qualitative description study[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2020,60(2):372-380. e1.
- [11] Liu Y, Xu Y, Kang Y, et al. Experiences and barriers in downward referral decision-making for palliative care patient caregivers under China's three-tiered linkage model:a qualitative study[J]. *Asia Pac J Oncol Nurs*,2025,12:100578.
- [12] Chung H, Harding R, Guo P. Palliative care in the greater China region:a systematic review of needs, models, and outcomes[J]. *J Pain Symptom Manage*,2021,61(3):585-612.
- [13] Zhang S, Li Z, Yue P. Healthcare providers' attitudes and associated factors on palliative care referral:a qualitative systematic review and meta-aggregation[J]. *J Clin Nurs*, 2024,33(9):3355-3380.
- [14] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology[J]. *Qual Res Psychol*,2008,3(2):77-101.
- [15] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups[J]. *Int J Qual Health Care*,2007,19(6):349-357.
- [16] Li W W, Singh S, Keerthigha C. A Cross-cultural study of filial piety and palliative care knowledge:moderating effect of culture and universality of filial piety[J]. *Front Psychol*, 2021,12: 787724.
- [17] Mulcahy Symmons S, Ryan K, Aoun S M, et al. Decision-making in palliative care:patient and family caregiver concordance and discordance:systematic review and narrative synthesis[J]. *BMJ Support Palliat Care*,2023,13(4):374-385.
- [18] Collins A, Gurren L, McLachlan S A, et al. Communication about early palliative care:a qualitative study of oncology providers' perspectives of navigating the arduous introduction to the palliative care team[J]. *Front Oncol*, 2022,12:1003357.
- [19] Glajchen M, Goehring A, Johns H, et al. Family meetings in palliative care:benefits and barriers[J]. *Curr Treat Options Oncol*,2022,23(5):658-667.
- [20] Luo D, Zhu X, Qiu X, et al. Healthcare preferences of chronic disease patients under China's hierarchical medical system:an empirical study of Tianjin's reform practice[J]. *Sci Rep*,2024,14:11631.
- [21] Cui X, Liu K, Ji Y, et al. Two-way referrals in Chinese medical consortia under the framework of hierarchical diagnosis and treatment:progress and challenges[J]. *J Evid Based Med*,2025,18(4):e70069.
- [22] 吴万宝,苏敏. 整体性治理视角下我国分级诊疗的实现路径[J]. *内蒙古社会科学*,2024,45(5):92-99.
- [23] 李柳萌,高永虹,苗国梅,等. 国内医护人员对安宁疗护认知和态度研究的 Meta 分析[J]. *医学与哲学*,2021,42(15):45-50.
- [24] Ye G, Mao J, Hu J, et al. Palliative care medical student education: a cross-sectional medical school survey in mainland China[J]. *BMJ Support Palliat Care*,2022,12(e4):e493-e496.
- [25] Chaure A, Joshi J, Niranjana V, et al. The art of breaking bad news: awareness, practice, and training of spikes protocol among oral healthcare professionals on oral cancer[J]. *Contemp Clin Dent*, 2025, 16(3): 166-171.
- [26] Warner G, Baird L G, McCormack B, et al. Engaging family caregivers and health system partners in exploring how multi-level contexts in primary care practices affect case management functions and outcomes of patients and family caregivers at end of life:a realist synthesis[J]. *BMC Palliat Care*,2021,20:114.
- [27] 贺安琦,喻妍,郑思,等. 基于分层模型流动人口慢性病患者就医行为影响因素分析[J]. *中国公共卫生*,2022,38(1):75-79.
- [28] 钱宇,王小合,陈洁,等. 分级诊疗服务体系理论及实践进展与路径策略研究[J]. *中国医院管理*,2022,42(9):1-5.
- [29] Kang D, Zhang L, Jin S, et al. Effectiveness of palliative care simulation in newly hired oncology nurses' training[J]. *Asia Pac J Oncol Nurs*,2021,9(3):167-173.
- [30] An K, Zhang J, Wang X, et al. Integration and innovation:medical and health consortia improving continuing medical education in China[J]. *Front Public Health*, 2025,13:1633363.
- [31] Weetman K, Dale J, Mitchell S J, et al. Communication of palliative care needs in discharge letters from hospice providers to primary care:a multisite sequential explanatory mixed methods study[J]. *BMC Palliat Care*,2022,21(1):155.
- [32] Abou Leila R. Improving referral and continuity of care through structured outpatient disposition planning enabled by electronic referrals:a quality improvement study[J]. *Cureus*,2026,18(1):e100727.
- [33] Tan F, Wu Y, Li N, et al. Job burnout and resilience among palliative care professionals in China:a qualitative study[J]. *BMC Palliat Care*,2025,24(1):2.

(本文编辑 韩燕红)