

基于实施研究综合框架（CFIR）的多主体参与社区健康治理的现状与影响因素分析

刘牧文*, 谢董颖, 何晓燕

杭州市疾病预防控制中心（杭州市卫生监督所）健康教育所 浙江杭州

【摘要】目的 了解社区健康治理中多元主体的参与现状及关键因素，为优化基层健康治理路径提供依据。**方法** 于 2025 年 3-6 月，采用目的性抽样与滚雪球抽样相结合的方法，在杭州市 3 个区 6 个街道（镇）选取社区卫生服务中心工作人员 12 人、社区居（村）委会工作人员 11 人、居民 10 人进行半结构化访谈。以实施研究综合框架（CFIR）为分析框架，采用主题框架分析法分析资料。**结果** 共编码 632 条有效语句，形成 46 个初始范畴和 19 个主范畴，纳入 CFIR 的 5 个维度。发现干预方案来源行政单一，考核导向压缩了服务按需调适的空间；外部协作网络初步形成但缺乏制度化保障；内部资源硬件改善而人力、信息利用等软件相对滞后；个体特征维度编码密度最低（17 个参考点，占 2.7%），居民治理主体的作用尚未显现；动员与执行环节较为活跃，效果评估与反馈薄弱，供需错位难以及时校正。**结论** 当前社区健康治理仍呈任务驱动特征。应调整绩效评估体系，建立制度化协同平台，推动人才与技术协同赋能，激活居民主体性，推动治理动力由任务驱动向需求牵引转变。

【关键词】 社区健康治理；多主体协同；实施研究综合框架；主题框架分析；质性研究

【基金项目】 浙江省医药卫生科技计划项目（2024KY1412）；浙江省疾病预防控制中心科技计划项目（2025JK047）

【收稿日期】 2026 年 4 月 23 日

【出刊日期】 2026 年 5 月 28 日

【DOI】 10.12208/j.phhp.20260007

Analysis of the current status and influencing factors of multi-actor participation in community health governance based on the consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

Muwen Liu*, Dongying Xie, Xiaoyan He

Department of Health Education, Hangzhou Center for Disease Control and Prevention (Hangzhou Health Supervision Institute), Hangzhou, Zhejiang

【Abstract】 Objective To investigate the current status and key factors of multi-stakeholder participation in community health governance, so as to provide evidence for optimizing grassroots health governance pathways. **Methods** From March to June 2025, a combination of purposive sampling and snowball sampling was used to select participants from 6 subdistricts (towns) across 3 districts in Hangzhou, including 12 staff members from community health service centers, 11 staff members from community (village) committees, and 10 residents. Semi-structured interviews were conducted, and the data were analyzed using framework analysis based on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). **Results** A total of 632 valid statements were coded, yielding 46 initial categories and 19 main categories, all of which were mapped onto the five CFIR domains. The findings showed that the sources of intervention programs were administratively singular, with assessment orientation constraining the space for demand-based service adaptation; an external collaboration network had been preliminarily established but lacked institutionalized safeguards; internal resources showed improved hardware but relatively lagging software, such as human resources and information utilization; the individual characteristics domain had the lowest coding

*通讯作者：刘牧文，硕士，副主任医师。

density (17 reference points, 2.7%), indicating that residents' role as governance subjects had not yet emerged; and the mobilization and implementation phases were relatively active, while effectiveness evaluation and feedback were weak, making supply-demand mismatches difficult to correct in a timely manner. **Conclusion** Current community health governance remains task-driven. It is necessary to restructure the performance evaluation system, establish institutionalized collaboration platforms, promote the synergistic empowerment of talent and technology, activate residents' agency, and shift the driving force of governance from task-driven to demand-driven.

【Keywords】 Community health governance; Multi-stakeholder collaboration; Consolidated framework for implementation research (CFIR); Framework analysis; Qualitative research

在“健康中国”战略纵深推进的背景下,我国医疗卫生服务正经历从“以治病为中心”向“以健康为中心”的转变。健康社区作为实现全民健康覆盖的基础单元与关键场域,其治理能力的现代化转型已成为公共卫生体系改革的重要议题。传统以政府行政指令为主导的供给-接受型治理模式,难以有效回应居民日益复杂化、动态化的健康诉求,治理主体由一元走向多元已成为基层治理发展的必然方向^[1-3]。多主体协同社区健康治理是指在基层党组织的领导和政府的主导下,基层医疗卫生机构、社区居(村)委会、社会组织、辖区单位与居民等多元主体,围绕共同的健康目标,通过制度化的议事协商、分工协作与资源共享机制,共同参与健康事务的决策、服务供给、监督评价与持续改进,形成“共建共治共享”的治理格局^[4-5]。其内容主要包括三个方面:治理主体多元化,居民由被动接受者转变为参与主体;治理方式协同化,以协商协作取代单向行政指令;治理目标需求导向化,从完成行政任务转向回应居民实际健康需求。这一治理模式的有效运转,依赖于参与意愿、协作机制与支撑条件的动态匹配,其实践过程必然受到多层次因素的共同影响。

然而,多主体协同治理从理念走向实践的过程仍面临诸多障碍:行政主导作用依然过强,居民参与意识与渠道薄弱,跨部门协同机制存在阻滞^[4-5]。既有研究多聚焦政策文本解读或单一主体行为分析,对多元主体在真实治理场景中的互动逻辑及其影响因素探讨不足,尤其缺乏实施科学视角的本土经验研究^[6-7]。实施研究综合框架(Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR)系统整合了干预方案属性、组织内外部情境与个体特征等层面的影响因素,为剖析社区健康治理这类复杂、动态的实践过程提供了可用的分析工具^[8-11]。

本研究以杭州市为例,以CFIR为分析框架,

通过对社区卫生服务中心人员、社区工作人员和居民的深度访谈,考察多元主体参与社区健康治理的现状与影响因素,并探讨该框架在我国基层治理情境中的适用性,为优化基层健康治理政策提供依据。

1 资料来源和方法

1.1 访谈对象

2025年3-6月,采用目的性抽样与滚雪球抽样相结合的方式,在杭州市西湖区、拱墅区、余杭区各选择2个街道(乡镇),每个街道(镇)遴选1个典型社区(村)作为研究现场,兼顾城乡差异与不同经济发展水平。最终纳入访谈对象33人,包括社区卫生服务中心工作人员12人(含管理人员与一线医务人员),社区居(村)委会工作人员11人(含管理层与社工),居民(村民)10人。受访者年龄29~79岁,文化程度涵盖初中至硕士研究生(表1)。所有受访者均知情同意。

1.2 访谈提纲和访谈实施

基于文献回顾拟定访谈提纲,经预访谈修订后形成正式提纲。对社区卫生服务中心工作人员的访谈围绕工作职责、跨组织协作、治理中存在的问题及改进建议展开;对社区居(村)委会工作人员的访谈聚焦组织定位、实际困难与优化方向;对居民的访谈涵盖参与经历、服务认知、参与意愿及改进期待。访谈由2名经过培训的研究员共同完成,1人主导访谈,1人负责观察记录。经知情同意后全程录音,每次30~60min,至信息达到饱和为止。

1.3 分析框架

实施研究综合框架(CFIR)由Damschroder等^[10]于2009年在系统整合19个实施理论的基础上构建,并于2022年修订为CFIR 2.0^[11]。该框架将实施效果的影响因素归纳为干预方案特征、外部环境、内部环境、个体特征与实施过程五个维度,涵盖从方案

属性到个体层面的多层次决定因素;修订版进一步细化了各维度的构成要素并增强了应用指导性。社区健康治理涉及政府、专业机构、社区组织与居民等多类主体,其实践成效受方案、环境、个体与过程等多层级因素的交互影响,与CFIR的多层次分析视角高度契合。本研究选取该框架作为编码与解释社区健康治理现状及影响因素的理论工具。

1.4 分析方法

采用主题框架分析法对访谈资料进行分析^[12-13]。该方法将演绎与归纳相结合,适用于以成熟理论框架检验和解释经验资料的研究。具体分析步骤:(1)访谈资料整理:将录音逐字转录为文本,反复阅读形成整体印象;(2)构建初始编码框架:以CFIR的5个维度作为预设节点;(3)索引编码:逐行阅读转录文本,将资料归入相应节点,对无法纳入既有节点的内容进行开放式编码并形成新节点,避免遗漏框架外的重要信息;(4)归类:合并相近编码,形成初始范畴和主范畴,映射至CFIR相应维度;

(5)主题提炼与解释:围绕各维度归纳治理现状与影响因素,比较不同主体表述的异同。全部编码借助NVivo 11.0软件完成。

1.5 质量控制

编码完成后进行理论饱和度检验,随机选取3份访谈记录进行独立编码,未发现新的概念范畴与关联模式,提示资料达到饱和。由2名研究者独立编码,第3名研究者对分歧进行仲裁,经多轮讨论达成一致;通过NVivo 11.0的编码比较功能计算Kappa值为0.778(>0.75提示一致性好)。此外,通过比较三类主体对同一治理议题的表述进行资料的三角互证,以提高研究发现的可信度。

2 结果

2.1 受访者基本情况

共纳入33名受访者,其中社区卫生服务中心工作人员12人、社区居(村)委会工作人员11人、社区居民(村民)10人,分布于3个区,基本情况见表1。

表1 受访者基本情况

特征	分类	社区卫生服务中心人员 (n=12)	社区居(村)委会人员 (n=11)	社区居民(村民) (n=10)
年龄(岁)	35及以下	4	3	2
	36~45	6	6	3
	≥46	2	2	5
文化程度	初中	—	—	2
	高中/中专	—	1	4
	本科/大专	10	9	3
	硕士	2	1	1
职称	—	主任6、科长4、其他2	书记/主任2、委员5、其他4	—
	初级	1	2	—
	中级	11	4	—
	无	—	5	—
岗位年限(年)	5年及以下	4	3	—
	6-10年	4	5	—
	11年及以上	4	3	—
所在区(街道/镇)	西湖	4	3	4
	拱墅	4	4	4
	余杭	4	4	2

2.2 编码框架与主题概况

对33份访谈转录文本逐行编码,共提取632条有效语句,合并相近表述后归纳为46个初始范畴,进一步聚类形成19个主范畴,全部纳入CFIR的5个维度,未出现框架外的新维度。本研究以参考点数衡量编码密度:参考点指被编码至相应范畴的独

立文本片段数,某维度的编码密度即该维度的参考点数及其占全部参考点(632个)的比例,用以反映该维度议题在访谈中被提及的频繁程度与受关注程度。各维度编码密度由高到低依次为:外部环境(190个参考点,占30.1%)、干预方案特征(165个,占26.1%)、内部环境(153个,占24.2%)、实施过

程(107个,占16.9%)、个体特征(17个,占2.7%),编码结果见表2。

2.3 各维度主要发现

2.3.1 干预方案特征

可调整性是提及最多的主范畴(79个参考点),表明基层已具备根据居民需求调整服务内容与形式的意识,实践中出现了结合时节热点设计活动、亲子互动带动家庭参与等做法。社区人员1提到:“我们在走访的过程中了解居民的需求和想法,尝试在活动中植入这些内容,需要的居民就可以参与。”值得注意的是,这类调适多由基层自发发起,作用于活动形式与内容细节,属于执行末端的策略性调适,而非方案设计阶段的制度性安排。方案来源(29个参考点)高度集中于上级考核要求与政府主导,医务人员1坦言:“我们开展活动都有相应的绩效体现,每月团队和个人均有评测要求。”在考核导向下基层倾向于选择标准化、易量化的活动形式,其代价是按需调适的空间被压缩,医务人员4表示:“健康活动参与度不高还有一个可能是我们组织活动的形式比较单一……跟居民互动不足。”与此同时,居民需求日趋多样,“现在群众需求越来越高,老三样很难打动他们”(医务人员11)。居民5则表示:“还是要看内容吸不吸引人,我刚好在关注和需要的话题就会参与。”可见,供需错位的根源并非基层缺乏调适意愿与能力,而在于方案决策权上移与考核导向共同构成的结构性约束。

2.3.2 外部环境

居民需求与资源(90个参考点)涵盖居民健康素养、参与兴趣与接受度等内容,被视为参与的基础条件。与此同时,外部信息环境的变化正在重塑居民获取健康知识的方式,社区人员7提到:“现在网络上渠道很多,比如说新媒体抖音或者是DeepSeek等所有的都可以,不需要通过我们这个健康讲座和活动。”以讲座为主的传统健康教育方式面临替代性压力:当健康信息供给不再由专业机构垄断,基层健康服务者的角色需从信息提供者转向信息筛选者与可信来源的建构者,否则其动员能力将持续弱化。外部协作(70个参考点)方面,跨部门协作网络已具雏形,医务人员3介绍:“疫情防控的时候建立的多部门协同治理体系,都融合到我们大健康工作中。”但协作动机分化明显,社区人员3指出:“一些医院有共建要求,有任务要求、考核

指标,私立医院更多是为了打广告。”协作多依赖任务安排或非正式关系,社区人员9坦言:“你去邀请外部资源要花钱,就算免费也是欠人情。镇政府上级去派任务,就比较方便一点。”任务驱动与人情驱动均难以沉淀为稳定的协作关系,反映协作网络的制度化程度仍然不足。外部政策与激励仅10个参考点,为该维度提及最少的主范畴,基层首诊制度、医保支付政策等制度工具尚未被有效转化为引导多主体参与的激励杠杆。

2.3.3 内部环境

实施准备度(70个参考点)提及最多,反映基层对资源条件改善的强烈诉求。内部环境呈现明显的“硬件改善而软件滞后”格局:一方面,场地设施与数字化手段已融入日常服务,医务人员7介绍:“我们有居民健康档案,还有健康处方,可以把患者的健康指导打印出来给他。”另一方面,人力资源紧张问题突出,医务人员4表示:“我们中心目前编制一直都不放,人员都在慢慢的退休,所以现在全科医生越来越少。”医务人员11也提到:“现在医务人员工作压力也比较大,工作任务比较多。”健康信息管理与应用虽有31个参考点,但各类数据总体缺乏整合利用;机构间的沟通协作多依赖个人关系而非制度化的议事规则,稳定性较差。

2.3.4 个体特征

该维度仅占全部编码的2.7%,在5个维度中编码密度最低,提示个体因素在当前治理体系中整体处于未被重视的状态。从已有编码看,管理者对治理工作的重视已开始转化为资源支持,但多依赖个人意愿而非制度安排。医务人员3表示:“我们希望从顶层设计上对这套体系有一个支撑,现在比较依赖领导重视。”这意味着治理推动力存在随人事变动而波动的风险。一线医务人员在服务中获得了一定的职业价值感,医务人员1提到:“医生也想增加和居民之间的粘性,愿意主动去沟通。居民的好评与支持,都能体会到自我价值。”但此类表述总体很少。值得注意的是,少数社区已出现培育居民骨干的探索,如面向青年人推出“社区健康主理人”(社区人员4)、培育热心居民形成公益组织开展活动(居民2)。不过此类实践尚少,居民多以被服务者、被动员者的身份出现在访谈叙事中,其作为治理主体的认知、态度与能力要素总体上未被激活。

表 2 多主体参与社区健康治理现状及影响因素的编码结果

核心范畴	参考点	主范畴	参考点	范畴	文件来源	参考点
干预方案的特征	165	干预方案的来源	29	上级考核要求	10	10
				政策福利导向	5	8
				政府主导	8	11
		证据强度与质量	25	健康改善效果感知	16	25
				活动对象	20	28
		可调整性	79	活动内容	23	35
				活动形式	12	16
		复杂性	32	活动安全隐患	3	4
				活动参与度	17	28
				交通条件	4	4
		居民需求与资源	90	居民参与兴趣	13	17
				居民接受度	17	26
				居民健康素养	19	31
				居民经济条件	2	2
				居民健康需求	8	10
				多方协同参与	22	54
				机构合作需求	9	16
外部因素	190	外部协作	70	外部健康信息资源	7	11
				外部医疗机构	8	9
		同行压力	20	基层首诊制度	5	7
				相关医保政策	3	3
		外部政策与激励	10	社区自组织培育	6	8
				基层工作人员数量	7	9
		组织的结构特征	42	专人团队运作	16	25
				机构沟通联络	6	12
		协作与沟通	26	居民动员渠道	12	14
				医务人员工作压力	9	9
内部因素	153	实施氛围	15	医务人员绩效奖励	6	6
				场地设施设备	13	19
		实施准备度	70	基层专业能力	8	10
				健康信息管理与应用	14	31
		有关干预方案的知识与信念	13	经费支持	8	10
				领导层重视	4	5
				基层组织作为	3	4
				医务人员观念	3	4
				医务人员自我价值感知	2	2
个体特征	17	自我效能感	2	医务人员胜任力	1	2
				健康治理规划	7	7
		其他个人特点	2	参与物质激励	14	17
				代际带动效应	8	10
		计划	7	居民社交需求	9	9
				通知动员效率	2	2
		动员	38	活动频次	11	15
				活动时间	21	30
实施过程	107	执行	45	健康治理效果评估	3	3
				居民满意度评估	12	14
		反思与评价	17			

2.3.5 实施过程

动员(38个参考点)与执行(45个参考点)环节展现出较强的策略调整能力,如固定活动频次形成服务规律、积分兑换提升参与意愿、微信社群拓宽动员渠道、“大手拉小手”代际带动扩大参与覆盖面等。社区人员7介绍:“我们把积分跟参与健康活动结合起来,用来兑换礼品,鼓励居民参加。”社区人员6提到:“每一户人家都有个年轻的、有智能手机的、有文化的人拉进这个群。通知我们都在这个群里面发,比如体检、各种活动的时间地点。”这些策略的共同点在于解决“如何让人来”的操作性问题。相比之下,反思与评价仅17个参考点,其中针对性的健康治理效果评估仅3个。医务人员3坦言:“签约居民每年都会有满意度考核,但这个评价是很笼统的。”这揭示出实施过程的短板:计划与评价两端薄弱、动员与执行中段活跃。评估内容笼统、结果缺少应用,意味着需求信号无法经由评估环节回传至方案设计端,“实施-反馈-改进”的闭环尚未形成,供需错位也因此难以被及时发现和校正。

2.4 不同主体对治理影响因素的关注差异

社区卫生服务中心工作人员在各维度的提及率均较高,尤其是个体特征(占该维度参考点的76.47%)、内部环境(54.25%)和外部环境(49.47%);社区居(村)委会工作人员最关注干预方案特征(41.82%)与实施过程(36.45%);居民对各维度的提及率均较低,仅在实施过程(24.30%)与干预方案特征(22.42%)相对稍高。

3 讨论

本研究以CFIR为框架,对多主体参与社区健康治理的现状与影响因素进行了系统分析。全部编码内容均可纳入CFIR的5个维度,说明该框架能够较好地涵盖我国基层健康治理的影响因素。同时,各维度编码密度的悬殊分布本身构成一项重要发现:外部环境与干预方案特征是访谈中最活跃的主题,而个体特征维度编码密度最低,反映当前治理体系中个体能动性整体不足。综合各维度的发现,当前社区健康治理呈现动员执行强而评估反馈弱、行政驱动强而需求响应弱、硬件投入强而软件支撑弱的不均衡格局。

3.1 考核导向下的供需错配及改进阻滞

本研究发现,基层虽普遍具备按需调适服务的意识,并涌现出结合时节热点、代际带动等创新做

法,但方案来源的行政单一性压缩了这种调适空间,这与徐炜等^[14]关于社区组织行政任务繁重的观察一致。考核指标强调可量化的活动数量,基层因而倾向于选择常规讲座、义诊等标准化形式,形成需求多元、供给端同质的错位,与代涛^[15]提出的以人为中心的整合型服务体系所要求的服务可调适性存在差距。更值得警惕的是评估环节的形式化使这一错位难以被校正:满意度评价内容笼统,针对性的治理效果评估缺失,需求信号无法回传至方案设计端。考核导向压低按需调适的空间,形式化评估又掩盖供需错位,构成治理改进的循环梗阻。何高兴等^[16]在基层公共卫生服务研究中同样观察到重执行、轻评估的倾向,提示这一问题并非杭州一地所特有。若考核重心不能从活动数量转向居民健康获得感,基层的创新尝试将始终受制于达标压力,难以转化为系统性实践。

3.2 协作网络的扩展与制度化支撑不足

本研究显示,医联体专家下沉、疫情防控中积累的多部门联动经验正在向日常健康治理转化,治理体系正从卫生健康系统内部协作向社会多元联动拓展,印证了陈伟东等^[4]关于治理社会化的判断。但协作的驱动力仍以考核任务和机构利益为主,呈现短期化、碎片化特征,停留在事件驱动的临时合作层面,而非制度驱动的持续伙伴关系;协作渠道对个人关系的依赖进一步削弱了稳定性^[17-18]。此外,外部政策与激励维度编码密度偏低,说明基层首诊、医保支付等制度工具尚未被有效用作引导多主体参与的杠杆。这提示政策着力点不应止于鼓励合作,而应转向提供稳定的制度基础设施,包括明确的议事规则、清晰的权责分配和可持续的激励与回报机制。

3.3 资源失衡与个体能动性缺位相互交织

内部环境维度呈现明显的硬件与软件失衡:数字化工具已进入日常服务^[19-20],但人力紧张、能力分化、数据利用不足并存,与王婧^[21]关于基层公共卫生服务短板的分析相符;机构间协作依赖非正式人际关系,与罗小茜等^[22]所述关系型治理的局限一致。个体特征维度的低编码密度则揭示出另一重短板:管理者的重视依赖个人而非制度,医务人员的职业价值感激活不足,居民作为治理主体的身份尚未被承认。不过,访谈中亦可见少数社区培育居民健康骨干、孵化居民自组织的尝试,提示居民参与的潜能并非不存在,关键在于能否获得制度化的承

接与放大。

3.4 对策建议与结论

基于上述发现, 推动社区健康治理从任务驱动转向需求牵引, 需从机制重塑与能力建设两方面协同推进。这一方向与近期国家层面的政策部署高度契合。2025年10月, 党的二十届四中全会审议通过《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议》, 明确提出实施健康优先发展战略、健全健康促进政策制度体系, 并要求加强县区、基层医疗机构运行保障; 2026年国务院印发的《国民健康“十五五”规划》进一步部署实施医疗卫生强基工程, 并明确要求发挥村(居)民委员会公共卫生委员会和村(社区)网格作用, 将健康管理融入基层治理。上述要求表明, 多主体协同的社区健康治理已从地方探索上升为国家战略安排, 本研究的对策建议亦据此与相关政策要求相衔接。

在机制层面, 一是调整绩效评估体系, 将考核导向从活动数量转向居民健康获得感, 建立常态化的需求调查与反馈机制, 形成“需求识别—服务响应—效果评估—持续改进”的正向循环, 并将评估结果与资源配置挂钩, 而非止于合规报告^[23]; 二是在区级层面建立制度化的健康治理协同平台, 明确各方主体的议事规则与协作职责, 配套可持续的激励与回报机制, 推动协作动机从完成任务转向共同价值创造。

在能力层面, 一是推动人才与技术协同赋能, 改革基层卫生人员的职业发展与薪酬激励体系, 促进人才由基础医疗型向健康促进型转变, 同时推动区域健康信息平台从数据收集转向分析应用, 打破部门间信息壁垒, 为需求识别与效果评估提供数据支撑; 二是激活居民主体性, 将居民议事会等协商机制嵌入治理的计划环节, 培育居民骨干成为社区健康倡导者, 逐步形成愿意参与者有机会、有能力参与者有渠道、有诉求反馈者有回应的梯度化参与格局。

3.5 研究局限

本研究存在一定局限。研究场域限于杭州市, 其财政能力与治理基础具有特殊性, 结论向欠发达地区推广需审慎。质性研究追求分析性概括而非统计外推, 本研究通过覆盖城乡社区、纳入三类主体并进行主体间的三角互证来增强结论的可迁移性, 但相关机制仍需在不同治理条件下检验。

参考文献

- [1] 王睿, 姜雯, 申俊龙. 基于多中心治理理论的视角探讨中国特色的健康社区治理模式[J]. 中国全科医学, 2018, 21(5): 551-554.
- [2] 付春华. 城市社区多主体协同治理模式研究——基于“共建共治共享”理念[J]. 城市学刊, 2020, 41(5): 30-33.
- [3] 杨红, 陈涛. 社会工作机构支撑的村庄多元主体协同治理——北京市 Z 村治理模式研究[J]. 社会工作与管理, 2022, 22(3): 80-91.
- [4] 陈伟东, 许宝君. 社区治理社会化: 一个分析框架[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 2017, 56(3): 21-29.
- [5] 王名, 张雪. 双向嵌入: 社会组织参与社区治理自主性的一个分析框架[J]. 南通大学学报(社会科学版), 2019, 35(2): 49-57.
- [6] LI S, LIU Z, YE C. Community renewal under multi-stakeholder co-governance: a case study of Shanghai's inner city[J]. Sustainability, 2022, 14(9): 5491.
- [7] 刘莹, 马卓, 安卓玲. 新版实施性研究综合框架(CFIR2022)的构成要素解读[J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23(6): 738-744.
- [8] 黄嘉杰, 赖鸿皓, 孙铭谣, 等. 实施性研究综合框架(CFIR)更新解读[J]. 中国全科医学, 2023, 26(31): 3863-3871, 3876.
- [9] 王馨平, 吴昀效, 曹望楠, 等. 实施性研究综合框架在公共卫生领域的应用现状分析[J]. 中华流行病学杂志, 2025, 46(8): 1446-1450.
- [10] DAMSCHRODER L J, ARON D C, KEITH R E, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science[J]. Implementation Science, 2009, 4(1): 50.
- [11] DAMSCHRODER L J, REARDON C M, WIDERQUIST M A O, et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback[J]. Implementation Science, 2022, 17(1): 1-16.
- [12] RITCHIE J, SPENCER L. Qualitative data analysis for applied policy research[M]//BRYMAN A, BURGESS R G. Analyzing qualitative data. London: Routledge, 1994: 173-

- 194.
- [13] GALE N K, HEATH G, CAMERON E, et al. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research[J]. BMC Medical Research Methodology, 2013, 13: 117.
- [14] 徐炜, 刘博维. 中国式现代化城市社区治理: 理论逻辑、模式转型与未来走向[J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版), 2024, 56(3): 114-124.
- [15] 代涛. “以人中心”整合型医疗健康服务体系的关键要素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 2-10.
- [16] 何高兴, 郑森爽, 温鑫, 等. 基于扎根理论的基本公共卫生服务实施效果质性研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(34): 4309-4314.
- [17] 石晶金, 于广军. 健康医疗大数据共享关键问题及对策[J]. 中国卫生资源, 2021, 24(3): 223-227.
- [18] 张继涛, 范子轩. 智慧社区时代城市基层治理转型: 路径与趋势[J]. 湖北大学学报(哲学社会科学版), 2024, 51(2): 153-162.
- [19] 郑佩佩. 数字赋能社区韧性治理的机制、现实困境、解决路径——以浙江省未来社区为例[J]. 社会科学前沿, 2025, 14(3): 421-428.
- [20] 顾丽梅, 杨楠. 结构再造与关系重塑: 数字技术何以赋能社区治理共同体建构? ——以 S 市 B 区“社区通”为例[J]. 电子政务, 2025(11): 30-40.
- [21] 王婧. 我国基层公共卫生服务存在的短板及建议[J]. 中国国情国力, 2024(5): 4-7.
- [22] 罗小茜, 彭发胜. 居民参与视角下基层社区自治能力提升路径研究——以 S 社区为例[J]. 社会科学前沿, 2025, 14(5): 43-50.
- [23] 刘兰芳, 姚岚. 基层卫生健康事业高质量发展内涵与路径分析[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(1): 17-23.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

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



OPEN ACCESS