

• 体重管理与肥胖防控专题 论著 •

基于实施性研究综合框架的基层医疗卫生机构开展体重管理服务的影响因素分析

孙婕¹, 李赞², 魏佳妤¹, 邵晓芳¹, 叶小君², 傅晔柳³, 谷卫⁴, 杨敏^{1, 4}

1. 浙江大学公共卫生学院, 浙江 杭州 310058; 2. 平湖市疾病预防控制中心, 浙江 平湖 314200;
3. 浙江大学附属第四医院, 浙江 金华 322000; 4. 浙江大学附属第二医院, 浙江 杭州 310009

摘要: **目的** 探讨基层医疗卫生机构开展体重管理服务的影响因素, 为开展可持续的体重管理服务提供参考。**方法** 于2025年5—6月, 选择浙江省平湖市为现场调查点, 采用目的抽样和滚雪球抽样结合的方法抽取基层医疗卫生机构负责体重管理工作的人员为调查对象。基于实施性研究综合框架(CFIR)的5个核心领域, 设计有关基层医疗卫生机构开展体重管理服务的访谈提纲, 面对面开展半结构化访谈, 收集原始资料; 采用框架分析法整理和分析访谈资料。参考CFIR的结构评级标准, 量化分析基层医疗卫生机构开展体重管理服务的影响因素。**结果** 共有21人完成访谈, 岗位涵盖营养科、内分泌科、中医科、全科、妇女保健科和公共卫生科。男性9人, 女性12人; 年龄≥35岁15人, 占71.43%; 本科及以上学历18人, 占85.71%; 一线医务人员15人, 占71.43%。从创新、外部因素、内部因素、个体特征和实施过程5个领域识别出影响基层医疗卫生机构开展体重管理服务的15个因素, 其中障碍因素6个, 包括政策执行困难、干预耗时长、激励措施有限、专业技能缺乏、减重计划和目标设定不清晰、随访和评价机制不完善; 中性因素3个, 包括政策法规的制定和完善、开展体重管理培训和优化医联体(医共体)转诊流程; 促进因素6个, 包括生活方式干预优势相对显著、多部门协作配合、科室间合作交流、基层便利条件、职业责任感和组建多学科协作团队。**结论** 基层医疗卫生机构开展体重管理服务受多领域、多因素影响。需政策支持和多部门协同, 完善实践导向型培训体系, 优化团队资源配置和激励措施, 提高医务人员专业技能, 推进基层体重管理服务持续开展。

关键词: 体重管理; 基层医疗卫生机构; 实施性研究综合框架

中图分类号: R197.62 文献标识码: A 文章编号: 2096-5087 (2025) 11-1087-06

Factors affecting implementation of weight management services in primary medical and healthcare institutions based on the consolidated framework for implementation research

SUN Jie¹, LI Yun², WEI Jiayu¹, SHAO Xiaofang¹, YE Xiaojun², FU Yeliu³, GU Wei⁴, YANG Min^{1, 4}

1. School of Public Health, Zhejiang University, Hangzhou, Zhejiang 310058, China; 2. Pinghu Center for Disease Control and Prevention, Pinghu, Zhejiang 314200, China; 3. The Fourth Affiliated Hospital of Zhejiang University, Jinhua, Zhejiang 322000, China; 4. The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University, Hangzhou, Zhejiang 310009, China

Abstract: Objective To explore the influencing factors for implementation of weight management services in primary medical and healthcare institutions, so as to provide references for implementing sustainable services of weight management. **Methods** From May to June 2025, Pinghu City, Zhejiang Province was selected as the survey site. Personnel responsible for weight management in primary medical and healthcare institutions were selected as the survey subjects using a combined method of purposive sampling and snowball sampling. Based on the five core domains of the consolidated framework for implementation research (CFIR), a semi-structured interview outline for weight management services in

DOI: 10.19485/j.cnki.issn2096-5087.2025.11.002

基金项目: 浙江省营养学会委托课题(2025A008); 浙江大学教育基金公共卫生学院乐活健康基金项目(419600-11105)

作者简介: 孙婕, 硕士研究生在读, 公共卫生专业

通信作者: 杨敏, E-mail: ymin36@zju.edu.cn

primary medical and healthcare institutions was designed. Original data was collected through face-to-face semi-structured interviews. Interview data was organized and analyzed using framework analysis. Factors affecting weight management services were quantitatively analyzed by referencing CFIR's structural rating criteria. **Results** A total of 21 participants completed interviews, covering positions in nutrition, endocrinology, traditional Chinese medicine, general practice, maternal health, and public health. There were 9 males and 12 females. Fifteen participants (71.43%) were aged 35 years and above, 18 (85.71%) held a bachelor's degree or higher, and 15 (71.43%) were frontline medical staff. Fifteen factors affecting weight management services were identified across five domains: innovation, outer setting, inner setting, individuals, and implementation process. Six barrier factors were identified: difficulties in policy implementation, time-consuming interventions, limited incentive measures, lack of professional skills, unclear weight-loss plans and goal setting, and imperfect follow-up and evaluation mechanisms. Three neutral factors were identified: the development and refinement of policies and regulations, the implementation of weight management training, and the optimization of the referral process within integrated healthcare systems (medical alliances / communities). Six facilitating factors were identified: the relatively significant advantages of lifestyle interventions, collaboration and coordination across multiple departments, cooperative communication among different units within the institution, the inherent convenience of primary care settings, a strong sense of professional responsibility, and the establishment of multidisciplinary teams. **Conclusions** The delivery of weight management services in primary medical and healthcare institutions is influenced by a wide array of factors across multiple domains. It requires policy support, multi-department coordination, a practice-oriented training system, optimized team resource allocation, incentives, and improved professional skills of medical staff to jointly promote long-term implementation.

Keywords: weight management; primary medical and healthcare institution; consolidated framework for implementation research

全球疾病负担研究显示, 2021 年全球 25 岁以上超重肥胖者达 21.1 亿, 超过 40% 的心脑血管疾病、糖尿病等慢性病死亡可归因于超重肥胖^[1-2], 超重肥胖引发的慢性病疾病负担较重。目前我国超过 50% 的成人存在超重肥胖问题, 6~17 岁、6 岁以下儿童青少年超重肥胖率分别达到 19% 和 10.4%^[3], 超重肥胖已成为影响我国人民健康的重大公共卫生问题。2024 年 6 月, 国家卫生健康委等 16 部门联合启动“体重管理年”活动, 倡导和推进文明健康生活方式, 提升全民体重管理意识和技能, 预防和控制超重肥胖, 切实推动慢性病防治关口前移^[4]。基层医疗卫生机构作为健康管理的重要枢纽, 是落实体重管理健康教育、实施精准干预和慢性病防控的重要执行者。因此, 探讨基层医疗卫生机构开展体重管理服务的影响因素对实现“体重管理年”目标任务具有重要意义。本研究基于实施性研究综合框架 (consolidated framework for implementation research, CFIR), 以浙江省平湖市基层医疗卫生机构负责体重管理工作的人员为调查对象, 通过半结构化访谈分析开展体重管理服务的影响因素, 为基层常态化、高质量开展体重管理服务提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象

于 2025 年 5—6 月, 选择平湖市为现场调查点, 采用目的抽样和滚雪球抽样结合的方法抽取基层医疗

卫生机构负责体重管理工作的人员为调查对象。本研究通过浙江大学公共卫生学院医学伦理委员会审查 (ZGL202504-3)。调查对象均知情同意, 并自愿参与调查。

1.2 方法

1.2.1 设计访谈提纲

参考 CFIR 半结构化访谈指南设计涵盖创新、外部因素、内部因素、个体特征和实施过程 5 个领域的访谈提纲^[5]。经课题组焦点小组讨论、修订和完善, 最终形成包含 5 个领域、11 个问题的访谈提纲。见表 1。

1.2.2 半结构化访谈

采用一对一、面对面访谈方式, 围绕基层医疗卫生机构和体重管理 2 个主题进行半结构化访谈。访谈前向受访者说明访谈目的、意义及方法, 访谈时间为 30~60 min, 访谈场所为受访者所在单位的会议室、办公室等安静、独立空间, 访谈过程中鼓励受访者充分表达真实想法和感受, 征得受访者同意后全程录音。

1.2.3 资料整理与分析

访谈结束后 48 h 内对访谈原始资料进行文本转录, 编号并匿名处理, 采用 Nvivo Plus 11 软件整理和分析转录资料。采用框架分析法^[6]分析: (1) 将录音资料转录为文本; (2) 熟悉并整理录音资料与转录文本内容; (3) 编码; (4) 将编码归类整合形成分析框架; (5) 应用分析框架继续分析资料并在分析过

表 1 基层医疗卫生机构开展体重管理服务的访谈提纲

Table 1 Interview outline for implementation of weight management services in primary medical and healthcare institutions

领域	问题
创新	1. 在“体重管理年”活动前，您是否参与过体重管理相关工作？当前开展体重管理服务的模式与过去有何差异？
外部因素	2. 您认为“体重管理年”活动相关政策的核心目标是什么？该政策想解决哪些具体医疗问题？ 3. 您认为现有政策对基层体重管理的支持力度如何？ 4. 您认为社会文化等外部因素对体重管理效果的影响有哪些？ 5. 您认为哪些因素会影响政策在基层的落地和可持续性？
内部因素	6. 您所在单位内部资源（资金、设备和技术）是否满足开展体重管理的需求？是否有专项预算或激励机制？是否对医务人员开展过相关培训？ 7. 您所在单位开展体重管理的优势、难点（挑战）和当前开展情况如何？
个体特征	8. 您认为哪些个人能力对体重管理工作较关键？您是否具备相关能力？如果有机会，希望在哪些方面继续深造？ 9. 您在日常工作中指导患者和居民进行体重管理具体参考哪些文件（指南、专家共识等）？在实际工作过程中如何落实上级政策要求？
实施过程	10. 您所在单位如何动员（目标）居民参与体重管理活动？如何筛选目标人群？活动效果如何？ 11. 关于基层体重管理工作，您还有其他经验或建议吗？

程中优化框架；(6) 将访谈资料中的索引信息对应至分析框架；(7) 解释结果。本研究中资料分析与收集同步进行，当受访者提供的资料多次重复出现，增加受访者人数无法获得新主题时，表明信息达到饱和^[7]。本研究在访谈出现重复信息时，继续访谈 4 人，使用 4 份访谈资料对已建立的编码进行验证，未出现新主题后结束资料收集。

1.2.4 影响因素量化

参考 CFIR 的结构评级标准，将已编码结构分为促进因素、中性因素和障碍因素。根据调查人数，描述为促进的正向陈述达 50% 以上定性为促进因素，描述为障碍的负面陈述达 50% 以上定性为障碍因素，两者人数相当且为中立陈述定性为中性因素^[8]。

2 结 果

2.1 访谈对象基本情况

共 21 名基层医疗卫生机构人员完成访谈，其中男性 9 人，占 42.86%；女性 12 人，占 57.14%。年龄 <35 岁 6 人，占 28.57%；35~45 岁 8 人，占 38.10%；>45 岁 7 人，占 33.33%。文化程度为大专及以下 3 人，占 14.29%；本科 12 人，占 57.14%；研究生及以上 6 人，占 28.57%。一线医务人员 15 人，占 71.43%，包括营养科 3 人、内分泌科 1 人、中医科 1 人、全科 2 人、妇女保健科 2 人和公共卫生科 6 人；基层医疗卫生机构分管院长 3 人，卫生健康系统管理人员 3 人。

2.2 基层医疗卫生机构开展体重管理服务影响因素的访谈结果

本研究从创新、外部因素、内部因素、个体特征和实施过程 5 个领域识别出影响基层医疗卫生机构

开展体重管理服务的 15 个因素，其中障碍因素 6 个、中性因素 3 个和促进因素 6 个。

2.2.1 创新

创新是指相较于当前实践，具有较强循证证据支持的治疗措施、项目或服务等^[8-9]。本研究中创新是指与体重管理相关的干预措施、实施项目等，识别 3 个创新因素，包括 2 个障碍因素（政策执行困难、干预耗时长）和 1 个促进因素（生活方式干预优势相对显著）。(1) 政策执行困难。受访者（n=13）表示当前发布的体重管理相关文件为临床实践提供了原则性指导和规范性依据，但在临床诊疗中仍需要操作性强的技术规范和服务标准等技术性文件。D2：“障碍主要在于干预流程实际操作较困难，目前发布的文件多为对患者进行生活方式健康教育的依据。”(2) 干预耗时长。部分受访者（n=3）表示营养咨询环节耗时长，导致整体服务效率偏低。D12：“营养健康教育比较耗时，不能像其他门诊一样一上午接诊数十名患者，我们最多只能完成四五名。”(3) 生活方式干预优势相对显著。大部分受访者（n=16）表示持续的生活方式干预能较好地维持减重效果。D20：“持续的生活方式干预才能达到（减重）要求，单纯药物或中医诊疗的减重效果不会持久，只有深入日常的生活化体重管理才是可持续的，而这需要患者的信任和配合。”

2.2.2 外部因素

外部因素与内部因素相互依存，外部因素定义为内部因素所处的外部大环境，如政策与法规、社会环境等^[8-9]。本研究识别 2 个外部因素，包括 1 个中性因素（政策法规的制定和完善）和 1 个促进因素（多部门协作配合）。(1) 政策法规的制定和完善。所

有受访者认为相关政策与法规制度支撑是影响体重管理服务开展的重要因素,同时有半数受访者反映体重管理相关财政投入有限和医保政策覆盖不足。D3:“目前减重门诊项目是自费的,初始评估时需要检测代谢相关指标,很多人是不太愿意的。”(2)多部门协作配合。部分受访者($n=7$)提及健康支持性环境对维持减重效果较为重要。D11:“像社区百姓健身房、体育馆向社会公众开放,为居民锻炼提供了便利。”D13:“我感觉目前宣传不太够,部分居民不清楚体质指数等健康指标如何计算,超重肥胖的临界值是什么等,这些都需要宣传。”

2.2.3 内部因素

内部因素即实施创新所在的环境,如医院内部、基础设施等^[8-9]。本研究识别5个内部因素,包括1个障碍因素(激励措施有限)、2个中性因素[开展体重管理培训、优化医联体(医共体)转诊流程]和2个促进因素(科室间合作交流、基层便利条件)。(1)激励措施有限。绩效、奖励措施可以提高医务人员开展体重管理服务的积极性。D6:“但目前从事体重管理服务没有额外奖励,就是日常工作的一部分。”(2)开展体重管理培训。所有受访者表示体重管理相关培训与指导是必要的,且非常需要实操带练方面的培训。D1:“我参加过如营养指导员、体医融合等相关培训,但在实际体重管理工作中不清楚如何应用。”(3)优化医联体(医共体)转诊流程。大部分受访者($n=17$)表示畅通的转诊体系有助于体重管理服务的持续开展,但目前衔接还不够顺畅。D7:“我们卫生院负责辖区居民体检,发现糖尿病、高血压等伴有超重肥胖的患者时,因处理能力有限,需转诊至上级医院,但目前各级机构间的转诊还不顺畅。”(4)科室间合作交流。部分受访者($n=6$)表示跨科室转介有助于提升体重管理门诊的公众认知度和服务覆盖面。D2:“内科医生在接诊中发现超重肥胖患者时,会建议其转至营养科或体重管理门诊进行专业干预。”(5)基层便利条件。所有受访者认同基层医疗卫生机构距离居民近,且承担慢性病防控工作,这些条件有助于体重管理在基层落实。

2.2.4 个体特征

个体特征即个体的角色和特征^[8-9],本研究识别2个个体特征因素,包括1个障碍因素(专业技能缺乏)和1个促进因素(职业责任感)。(1)专业技能缺乏。大部分受访者($n=18$)表示系统全面的体重管理知识对开展体重管理服务非常重要,但目前医务人员知识储备与实践能力还显不足。D1:“减重知

识,特别是营养知识掌握较欠缺,大多停留在概念性内容;运动知识了解程度也较表浅。”D13:“我们科室(公共卫生科)大部分是护理专业背景,对接社区主要以全科医生为主,且大部分人员缺乏体重管理服务的理论知识。”(2)职业责任感。多数受访者($n=19$)具备较强的职业认同感与使命感,这是持续推动体重管理服务的内在核心动力。D5:“我们在日常工作中发现肥胖是引起猝死、心肌梗死等不良结局的重要原因,这促使我们思考自己科室能做些什么,以减少此类事件的发生。”

2.2.5 实施过程

实施过程即创新实践所采取的行动、策略,涵盖从团队组建、计划执行到效果评估的全过程^[8-9]。本研究发现3个实施过程因素,包括2个障碍因素(减重计划和目标设定不清晰、随访和评价机制不完善)和1个促进因素(组建多学科协作团队)。受访者反馈减重计划和目标设定不清晰($n=15$)、随访和评价机制不完善($n=14$)是阻碍基层医疗卫生机构开展体重管理服务的重要因素。(1)减重计划和目标设定不清晰。D8:“即使提前设定了体重管理服务计划,实际操作中也难以完全按计划执行。”D12:“‘加强营养,适当体力活动’这类目标无法为患者提供明确、可操作的行为指导。”(2)随访和评价机制不完善。D5:“目前仅能依赖患者主动复诊,虽会告知复查时间,但其居家的执行情况、体重控制效果无从掌握。”D15:“我们希望做个小程序,动态监测患者体重、体脂率等指标变化,评估将更为直观。”(3)组建多学科协作团队。超过半数受访者($n=13$)表示配置合理的团队对开展体重管理服务有促进作用。D16:“我们目前服务多由全科、中医科主导,若能得到内分泌科、营养科等支持,干预将更为全面。”D20:“引入第三方专业团队是基层医疗卫生机构以较低成本实现最大价值的有效方式,基本解决全生活方式干预管理所需大量人力资源问题。”

3 讨论

本研究基于CFIR,从基层医疗卫生机构参与体重管理工作的人员视角探讨影响基层医疗卫生机构开展体重管理服务的15个关键因素,涵盖创新、外部因素、内部因素、个体特征和实施过程5个领域,其中障碍因素6个、中性因素3个和促进因素6个。这一多维度、多因素的研究结果不仅与国际体重管理实践中强调的“多系统协同”理念^[10]相吻合,也拓展了现有体重管理理论在基层医疗场景的适用性。同

时,也明确了基层医疗卫生机构开展体重管理服务的独特优势,成熟的慢性病防控体系(如居民健康档案、家庭医生签约服务)与体重管理在目标人群、干预模式上具有高度兼容性,可依托现有慢性病管理网络实现“体重-慢性病”一体化服务,从而降低制度转型与资源重复投入成本,为体重管理在基层的可持续实施提供路径。

从创新领域来看,建议基层医疗卫生机构的体重管理服务向特色化、高效化和长效化探索实践路径。一方面,在《体重管理门诊建设专家指导意见(2025版)》等文件指导下,参考杭州市拱墅区康桥社区卫生服务中心“体卫融合”服务模式、杭州市中医院“n+28”方案等案例,结合自身资源特色与医务人员专业能力,在标准化框架内打造差异化特色服务,增强对目标人群的吸引力。另一方面,针对干预咨询耗时长的痛点,将个性化指导拆解为“线下定期评估+线上随访指导”服务模式:线下聚焦体成分检测、健康风险评估及减重目标制定,线上依托微信等工具推送健康教育内容并及时回复咨询,确保生活方式干预的连续性和长效性,引导居民从被动接受转向主动参与,逐步养成健康生活方式,实现减重效果长期维持。

随着体重管理被纳入国家健康战略,已引起社会多领域的广泛关注。然而本研究发现,当前体重管理的财政政策和医保政策尚显不足。建议加大对基层医疗卫生机构的财政投入^[11]并深化医保制度改革,降低公众参与体重管理的经济门槛。例如,可结合家庭医生签约服务^[12],增设“体重管理专项模块”和“体重管理服务包”等;还可将居民参与体重管理的依从性与健康积分、医保支付挂钩,如按时完成随访、达到阶段性减重目标的居民可兑换健康积分,用于抵扣后续医疗费用,以制度激励和提升公众参与积极性。基层医疗卫生机构持续开展体重管理服务需要多部门协作配合,宣传部门可参与健康知识普及,通过新媒体平台、公益广告等形式扩大宣传覆盖面,提高公众体重管理知晓率和参与度;体育部门可推动公共体育设施开放与社区健身资源下沉,激发运动热情,形成全民运动的良好风尚;教育部门可将健康素养培育融入基础教育课程,持续提升学生的自我健康管理能力,或实施学生体重监测信息反馈措施,形成长期健康行为的早期干预机制^[13-14]。

从内部因素和个体特征来看,基层体重管理服务的可持续开展依赖人员激励、能力提升及转诊协作3个方面的支持。建议通过典型案例宣传增强医务人员

职业荣誉感与公众信任度^[12]。在能力提升方面,建议突破传统理论培训的局限,依托医联体(医共体)建立“上级医院带教,线上线下结合”的实践导向型培训机制^[15]。目前,浙江省已建立省级健康体重指导中心,可为全省医务人员提供规范化的业务培训与进修机会,有效提升了体重管理服务的规范化和同质化水平。此类平台可进一步发展为“医联体+互联网”协同培训枢纽,开展常态化的远程指导与案例研讨,持续强化医务人员的实操能力。在转诊协作方面,将体重管理融入分级诊疗制度,构建“基层筛查-医院诊疗-社区随访”的闭环服务路径^[16]。例如,武汉市水果湖街社区卫生服务中心与武汉大学中南医院体重管理中心建立的患者双向转诊和专家会诊机制^[17],既保障了疑难病例及时向上级转诊,也促进稳定期患者回社区接受延续管理,从而优化医疗资源配置,提升基层服务的连续性与覆盖范围。

实施过程领域可以通过人力资源配置、多学科团队和技术支持形成协同发力、高效运转的工作机制。在人力资源配置方面,基层医疗卫生机构可建立多学科协同的服务团队,至少包括1名执业医师、1名护士为基础力量,有条件的可增配营养师、运动师、中医医师、精神心理科医师等专业人员^[18]。同时,加强对健康生活方式指导员、营养指导员和社会体育指导员等基层力量的系统培训^[19],或引入第三方专业团队,以缓解基层人力资源短缺压力,提升服务的专业性。在技术支持层面,建议推动体重管理服务与现有慢性病管理系统深度融合,在居民电子健康档案及慢性病随访管理系统中增设“体重管理模块”,实现减重目标、干预方案的个性化制定与动态调整。通过实时记录体重、腰围等关键指标,系统自动预警异常数据并推送至责任医师,从而形成“评估-干预-监测-反馈”的闭环管理,提升服务的精准性与连续性。

综上所述,本研究明确指出了政府部门、上级医院、基层医疗卫生机构及医务人员各主体在推进体重管理服务中的职责与路径,为基层医疗卫生机构优化体重管理服务流程,规范化、可持续地开展体重管理服务提供了依据。然而,本研究存在一定局限性。首先,调查对象仅来自平湖市,虽达到了信息饱和,但限制了结论的普适性,结果推广至不同经济发展水平、医疗资源配置和文化背景的地区时需谨慎;其次,资料收集主要依赖调查对象的自我陈述,可能存在回忆偏倚和社会期望偏倚;本研究为横断面定性研究,未能纵向追踪基层医疗卫生机构开展体重管理服

务后实施效果的长期变化。未来计划扩大调查点和样本量,开展多中心、多样本的混合方法研究,综合定量与定性数据,验证和完善本研究的理论,并对实施策略进行实证检验,评估其实际成效和成本效益。

志谢 感谢浙江肥胖与代谢病联盟、平湖市卫生健康局、平湖市疾病预防控制中心,以及在调查过程中给予大力支持与配合的基层医务人员。感谢各位在调查、资料收集和论文撰写过程中提供重要帮助与分享宝贵经验

参考文献

- [1] World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025 [M]. London: WOF, 2025.
- [2] GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021 [J]. Lancet, 2025, 405 (10481): 813–838.
- [3] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)[J]. 营养学报, 2020, 42 (6): 521. National Health Commission of the People's Republic of China. Report on nutrition and chronic diseases of residents in China (2020) [J]. Acta Nutr Sin, 2020, 42 (6): 521. (in Chinese)
- [4] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于印发“体重管理年”活动实施方案的通知[EB/OL]. [2025–11–05]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202406/content_6959543.htm.
- [5] DAMSCHRODER L J, REARDON C M, WIDERQUIST M A O, et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback [J/OL]. Implement Sci, 2022, 17 [2025–11–05]. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>.
- [6] 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/OL]. BMC Med Res Methodol, 2013, 13 [2025–11–05]. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>.
- [7] 陈向明. 质的研究方法与社会科学研究[M]. 北京: 教育科学出版社, 2000. CHEN X M. Qualitative research in social sciences [M]. Beijing: Educational Science Publishing House, 2000. (in Chinese)
- [8] DAMSCHRODER L J, LOWERY J C. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR) [J/OL]. Implement Sci, 2013, 8 [2025–11–05]. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51>.
- [9] 刘莹, 马卓, 安卓玲. 新版实施性研究综合框架(CFIR 2022)的构成要素解读[J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23 (6): 738–744. LIU Y, MA Z, AN Z L. Interpretation of the updated consolidated framework for implementation research (CFIR 2022) [J]. Chin J Evid Based Med, 2023, 23 (6): 738–744. (in Chinese)
- [10] KHANI M, AFSABI R, NASAB A E, et al. Addressing the challenge of obesity in primary care: a review of effective interventions and implementation strategies [J/OL]. Diabetol Metab Syndr, 2025, 17 (1) [2025–11–05]. <https://doi.org/10.1186/s13098-025-01925-z>.
- [11] WANG Y F, ZHAO L, GAO L W, et al. Health policy and public health implications of obesity in China [J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2021, 9 (7): 446–461.
- [12] 缪琴, 姚乐燕, 金颂华. 老年2型糖尿病患者社区家庭医生签约服务效果评价[J]. 预防医学, 2020, 32 (8): 839–841. MIAO Q, YAO L Y, JIN S H. Effect evaluation of family doctor service on the elderly patients with type 2 diabetes mellitus [J]. China Prev Med J, 2020, 32 (8): 839–841. (in Chinese)
- [13] GABRIEL A S, NINOMIYA K, UNEYAMA H. The role of the Japanese traditional diet in healthy and sustainable dietary patterns around the world [J/OL]. Nutrients, 2018, 10 [2025–11–05]. <https://doi.org/10.3390/nu10020173>.
- [14] 黄阳梅, 沈旭娟, 谢董颖, 等. 小学生体重监测信息反馈干预的效果评价[J]. 预防医学, 2025, 37 (6): 541–545. HUANG Y M, SHEN X J, XIE D Y, et al. Effect of weight monitoring feedback intervention among primary school students [J]. China Prev Med J, 2025, 37 (6): 541–545. (in Chinese)
- [15] 国家卫生健康委员会, 国家中医药管理局. 关于印发医疗联合体管理办法(试行)的通知[EB/OL]. [2025–11–05]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202007/e186f9618b2c42d48b9d22a6fa172fc4.shtml>.
- [16] 国务院办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[EB/OL]. [2025–11–05]. https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm.
- [17] 湖北省卫生健康委员会. 武汉大学中南医院: 创新构建体重管理新模式, 多学科联动引领科学减重新风尚[EB/OL]. [2025–11–05]. https://wjw.hubei.gov.cn/bmdt/szsm/202504/t20250403_5600837.shtml.
- [18] 内分泌代谢科肥胖诊疗联盟, 中国医师协会内分泌代谢科医师分会肥胖学组. 体重管理门诊建设专家指导意见(2025版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17 (7): 801–805. Endocrine and Metabolism Alliance for Obesity, Chinese Medical Doctor Association Endocrinology and Metabolic Physicians Branch Obesity Study Group. Expert guidance on the construction of weight management outpatient service (2025 edition) [J]. Chin J Diabetes Mellit, 2025, 17 (7): 801–805. (in Chinese)
- [19] 浙江省卫生健康委员会. 浙江省卫生健康委关于印发浙江省“体重管理年”活动实施方案的通知[EB/OL]. [2025–11–05]. https://wsjkw.zj.gov.cn/art/2024/12/5/art_1229560650_2538114.html.

收稿日期: 2025–09–22 修回日期: 2025–11–05 本文编辑: 徐亚慧