·调查报告与分析·

传染病防控视域下基层卫生应急管理者领导力影响因素分析：一项横断面调查

朱丽丽[1]，郝晓宁[2]，刘志[2]，孙佳乐[3]，许建强[1]，郑娟[1]，李芬[1]，黄心如[1]，邹陆曦[1]

1. 徐州医科大学管理学院，徐州 221004；
2. 国家卫生健康委卫生发展研究中心，北京 100044；
3. 徐州市疾病预防控制中心结核病防制科，徐州 221002
通信作者：郝晓宁，E-mail：xnhao5421@163.com；朱丽丽，E-mail：zllwfyxy@foxmail.com

【摘　要】目的 系统分析传染病防控视域下影响基层卫生应急管理者领导力的因素及作用机制，为基层卫生应急管理者领导力提升提供证据参考。**方法** 2019 年 11 月—2021 年 3 月采用多阶段分层随机抽样方法选择江苏、湖北、湖南、广东、安徽、内蒙古共 6 省（自治区）152 名基层卫生应急管理者作为调查对象。利用结构方程模型和 Bootstrap 方法验证传染病防控视域下基层卫生应急管理者领导力影响因素机制路径及中介效应。**结果** 对 152 名基层卫生应急管理者调查分析发现，人力资源支持对组织氛围有显著的正向影响（β=0.461，P<0.001），组织氛围对外部社会支持有显著的正向影响（β=0.712，P<0.001），物资支持对外部社会支持有显著的正向影响（β=0.248，P=0.004），外部社会支持对领导力有显著的正向影响（β=0.519，P<0.001）。经中介效应检验，中介路径 1：物资支持→外部社会支持→领导力水平，效应值为 0.129（95%*CI*=0.005～0.258），中介路径 2：人力资源支持→组织氛围→外部社会支持→领导力水平，效应值为 0.170（95%*CI*=0.094～0.303）。**结论** 传染病防控特点强化了卫生应急领导力影响因素作用机制间接传导的必然性，领导力的形成是复杂的“个体—环境”互动结果。需通过优化资源配置与组织生态、健全社会支持网络，实现基层卫生管理者领导力水平的可持续提升。

【关键词】 领导力；传染病防控；公共卫生；基层卫生应急管理；结构方程模型

Influencing factors of the leadership competency of primary-level health emergency administrators from the perspective of infectious disease prevention and control: a cross-sectional survey

ZHU Lili[1], HAO Xiaoning[2], LIU Zhi[2], SUN Jiale[3], XU Jianqiang[1], ZHENG Juan[1], LI Fen[1], HUANG Xinru[1], ZOU Luxi[1] (*1. School of Management*, *Xuzhou Medical University*, *Xuzhou* 221004, *China*; *2. China National Health Development Research Center*, *Beijing* 100044, *China*; *3. Department of Tuberculosis Prevention and Control*, *Xuzhou Center for Disease Control and Prevention*, *Xuzhou* 221002, *China*)
Corresponding authors: HAO Xiaoning, E-mail: xnhao5421@163.com; ZHU Lili, E-mail: zllwfyxy@foxmail.com

【Abstract】 Objective To systematically analyze the factors influencing the leadership competency of primary-level health emergency administrators in the field of infectious disease prevention and control, as well as their underlying mechanisms, thereby providing evidence-based references for enhancing the leadership competency of primary-level health emergency administrators. **Methods** From November 2019 to March 2021, this study adopted a multi-stage stratified random sampling method to randomly select 152 primary-level health emergency administrators from Jiangsu province, Hubei province, Hunan province, Guangdong province, Anhui province, and Inner Mongolia Autonomous Region, as the research subjects. Structural equation modeling (SEM) combined with the bootstrap method was utilized to analyze and validate the paths and mediating effects of these influencing factors. **Results** Through the survey of 152 primary-level health emergency administrators, this study found that human resource support had a positive impact on organizational climate (β = 0.461, P < 0.001). Organizational climate (β = 0.712, P < 0.001) and material resources support (β = 0.248, P = 0.004) had positive impacts on external social support. External social support had a positive impact on leadership competency (β = 0.519, P < 0.001). Through the mediating effect test, two mediating paths were identified. Mediating path 1 was material resources support → external social support → leadership competency (with an effect value of 0.129; 95%*CI*: 0.005–0.258), and mediating path 2 was human resource support → organizational climate → external social support → leadership competency (with an effect value of 0.170; 95%*CI*: 0.094–0.303). **Conclusions** The characteristics of infectious disease prevention and control reinforce the inevitability of the indirect

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0　DOI：10.11847/zgggws1148828
基金项目：教育部人文社会科学研究青年基金项目（21YJCZH251）；APEC 基金项目（CNHDRC-KJ-L-2021-13）
第一作者：朱丽丽（1989–），讲师，博士，研究方向：公共卫生危机管理。
收稿日期：2025-09-04　修回日期：2025-11-08　录用日期：2026-01-19
利益冲突：不存在　伦理审查：免除审查　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

transmission of the mechanisms influencing health emergency leadership competency. Leadership competency is formed through complex interactions between individuals and their environment. The sustainable improvement of leadership competency among primary-level health emergency administrators needs to be achieved by optimizing resource allocation and organizational climate, as well as improving the social support network.

【Keywords】 leadership competency; prevention and control of infectious diseases; public health; primary-level health emergency management; structural equation model

随着全球化进程加速和生态环境变化，新发传染病流行形势愈加复杂多变，未来可能面临更频繁的新发传染病疫情[1]。新冠病毒感染疫情（简称新冠疫情）大流行暴露了全球层面的领导协调不足，凸显了领导力的重要性。同时，关于护士[2]、临床医生[3]、医院[4]等卫生领域领导力的研究，及基层卫生应急能力[5]研究开始激增，但针对基层卫生应急管理者的领导力研究却较少。有效领导力往往是在经受住危机考验后形成的。卫生领域很多问题具有全球共性，中国在传染病防控长期实践中积累的大量经验和教训，可为发展中国家乃至全球提供有价值的经验参考。因此，本研究在传染病防控视域下，通过系统分析影响基层卫生应急管理者领导力水平的因素及其作用机制，从而提出提升公共卫生治理能力的有效策略，对促进人群健康、加快推动基层健康治理体系现代化，推进基层卫生健康工作向更高水平迈进具有重要的现实意义。

1 资料与方法

1.1 模型提出与理论假设 领导力是支撑领导行为各种能力的总称，涵盖前瞻力、感召力、影响力、决断力和控制力[6]。研究领导力，首先要考虑其产生的情境，而下属对领导者领导能力的感知往往会转化为对组织氛围的感知[7]。组织氛围是组织成员对工作环境中（人际关系等）具有心理意义的事件的认知[8]，是组织成员与环境相互作用下的产物[9]。良好组织氛围能够搁置分歧、形成合力，推动决策命令贯彻落实[7]。如 Andargie E M 等[10]研究指出，组织沟通较好的基层医疗管理者表现出强大的医疗领导实践力。同时，支持开放的组织氛围也是吸引和维持外部社会支持的基础。其次，资源有限情况下会降低领导有效性[11]。Bruno A 等[12]认为提升服务质量必须关注领导者，为其提供资源，尤其是社会支持资源。传染病防控资源包括人力、物资、组织文化氛围等[13]。人力[14]、物资[15]都是影响领导力的重要因素。此外，高质量的物资支持可以增强社会公众对组织的信任度、赢得合作伙伴、拓展社会支持网络。而人员的教育水平、职位及工作时长也会显著影响组织氛围[16]。人力资源管理实践通过构筑强势组织氛围进而促进绩效提升[17]。最后，源于组织或工作场所外的社会支持同样影响领导力。王冬等[18]研究表明，社会支持在重大公共卫生事件下对基层医务人员韧性行为发展具有积极作用。因此，基于以上研究，提出以下假设：H1：组织氛围对领导力有正向影响；H2：组织氛围对外部社会支持有正向影响；H3：人力资源支持对领导力有正向影响；H4：物资支持对领导力有正向影响；H5：物资支持对外部社会支持有正向影响；H6：人力资源支持对组织氛围有正向影响；H7：外部社会支持对领导力有正向影响。

1.2 研究对象 根据《突发公共卫生事件应急条例》，卫生健康行政部门、疾病预防控制机构等应承担突发公共卫生事件应急响应、处置、救援等工作。因此，本研究结合以上岗位设置依据，选取基层卫生健康行政部门、疾病预防控制中心的机构与部门管理者作为调查对象。本研究采用多阶段分层随机抽样方法，按照经济发展水平好中差，于 2019 年 11 月—2021 年 3 月随机选取江苏、湖北、湖南、广东、安徽、内蒙古共 6 省（自治区），按照同样原则每省（自治区）随机抽取 3～6 个地级市（自治州），每个地级市（自治州）再随机抽取县（市辖区、县级市等），选取当地疾病预防控制中心、卫生健康行政部门的机构负责人及部门（疾控处、应急办等）负责人进行问卷调查。调查前已获国家卫生健康委卫生发展研究中心审批备案通过并免除伦理审查。参考侯杰泰等[19]的研究，结构方程模型分析样本量至少要 100～200 个。因此，本研究在结合研究对象特点基础上，共发放问卷 180 份，剔除填写缺失累计项超过 10%、严重雷同问卷，获得有效问卷 152 份，有效问卷回收率 84.44%，满足数据分析样本量的基本要求。调查充分履行知情告知义务并保护隐私。

1.3 调查工具 调查问卷由课题组自行编制，内容包括个人基本情况、领导力评价、领导力影响因素等。由于传染病防控与卫生应急领域领导力及相关影响因素测量的相关研究较少，因此本研究在梳理文献的基础上，结合领域特点，经专家咨询及预调查分析结果补充调整。其中领导力水平测量项参考领导力五力模型[6]，涵盖前瞻力、感召力、影响力、决断力、控制力；外部社会支持参考杜旭宇等[20]、张文宏等[21]的研究，从社会资本视域下的公众信任、社会组织认同、政府政策

协同等层面测量；人力资源支持参考纪洁等[22]的研究，从人力资源配置的视角，通过专业技术人员的年龄结构、学科多样性与人员数量配置合理性进行测量；物资支持参考朱丽丽等[13]的研究，从设备、平台、物资与经费等传染病防控资源配置合理性进行测量；组织氛围参考李建军[23]的研究，结合本研究对组织氛围的概念界定，从主管支持、同事协作的角度进行测量。测量项采用李克特五级评分，1=非常不认同、2=较不认同、3=一般、4=较认同、5=非常认同。

1.4　统计分析　采用 SPSS 24.0 软件进行数据整理和分析，计数资料、有序等级资料均采用 n(%)进行描述；采用 AMOS 24.0 软件构建结构方程模型，对研究假设进行验证。以 Cronbach′s α、组合信度、平均方差提取值等指标检验量表信效度。χ^2(χ^2 统计量)(P>0.05)，1<χ^2/df(χ^2 自由度之比)<3，适配度指标(goodness of fit Index, GFI)、规范配适指标(normed fit index, NFI)、增值配适指标(incremental fit index, IFI)、非规准适配指标(tucker-lewis index, TLI)、比较配适指标(comparative fit index, CFI)均>0.9，精简配适度指标(parsimony goodness of fit index, PGFI)、精简规范配适度指标(parsimonious normed fit index, PNFI)均>0.5，渐进残差均方和平方根(root mean square error of approximation, RMSEA)<0.08 等指标判断模型拟合情况；采用 Bootstrap 法对中介效应进行检验，如果置信区间未包含 0，则称中介效果显著。检验水准 α=0.05。

2　结　果

2.1　基本情况　所调查 152 名基层卫生应急管理者中，湖南省 55 人(36.18%)、江苏省 43 人(28.29%)、湖北省 33 人(21.71%)、安徽省 11 人(7.24%)、广东省 7 人(4.61%)、内蒙古自治区 3 人(1.97%)；疾病预防控制机构 91 人(59.87%)、卫生行政部门 61 人(40.13%)；部门负责人 82 人(53.95%)、机构负责人 70 人(46.05%)；大专及以下学历 33 人(21.71%)、大学本科学历 108 人(71.05%)、硕士研究生学历 10 人(6.58%)，不详 1 人(0.66%)；从事传染病防控管理工作平均年限为(12.165±10.018)年，从事卫生应急管理工作平均年限为(8.135±7.739)年。

2.2　测量项描述性分析及量表信效度检验(表 1、2)　如表 1 所示，17 个测量项中，“A1 做计划时既考虑当前需要又兼顾长远目标”“A4 对突发事件能作出有效的判断”的“非常认同”率最高，均为 29.61%。“A3 能预见内外部情况下决策的潜在影响和后果”“A4 对突发事件能作出有效的判断”的“非常不认同”率最低，均为 0.00%。

表 1　变量描述性分析、因素负荷量、组合信度及平均方差提取值结果

Table 1　Results of descriptive analysis of variables, factor loading, composite reliability, and average variance extraction values

潜变量	测量项	非常不认同		较不认同		一般		较认同		非常认同		因素	组合	平均方差
		人数	占比/%	人数	占比/%	人数	占比/%	人数	占比/%	人数	占比/%	负荷量	信度	提取值
领导力水平	A1做计划时既考虑当前需要又兼顾长远目标	1	0.66	4	2.63	32	21.05	70	46.05	45	29.61	0.751	0.834	0.503
	A2通过社会营销形式调动社会力量参与	1	0.66	23	15.13	54	35.53	51	33.55	23	15.13	0.723		
	A3能预见内外部情况下决策的潜在影响和后果	0	0.00	12	7.9	50	32.9	63	41.4	27	17.8	0.734		
	A4对突发事件能做出有效的判断	0	0.00	4	2.63	27	17.76	76	50.00	45	29.61	0.607		
	A5建立并且维持正式与非正式关系	5	3.29	18	11.84	47	30.92	60	39.47	22	14.47	0.722		
物资支持	B1检验、检测设备满足传染病检测工作开展	8	5.26	35	23.03	50	32.89	46	30.26	13	8.55	0.786	0.817	0.598
	B2信息化应急平台完善	13	8.55	33	21.71	45	29.61	49	32.24	12	7.89	0.761		
	B3应急保障物资与经费充足	12	7.89	33	21.71	43	28.29	51	33.55	13	8.55	0.772		
人力资源支持	C1专业技术人员的年龄结构满足工作需要	15	9.87	44	28.95	54	35.53	36	23.68	3	1.97	0.519	0.812	0.601
	C2专业技术人员的学科多样性满足工作需要	27	17.76	41	26.97	52	34.21	27	17.76	5	3.29	0.888		
	C3专业技术人员的数量满足工作需要	33	21.71	43	28.29	49	32.24	23	15.13	4	2.63	0.863		
组织氛围	D1与领导者自由讨论传染防控应急工作	1	0.66	1	0.66	31	20.39	86	56.58	33	21.71	0.791	0.835	0.629
	D2员工彼此保持良好的关系，并愿意分享	1	0.66	2	1.32	30	19.74	87	57.24	32	21.05	0.856		
	D3员工能够以坦诚和建设性的方式讨论	4	2.63	6	3.95	47	30.92	71	46.71	24	15.79	0.726		
外部社会支持	E1当地政府部门在设计社会发展规划时会考虑到我部门意见	14	9.21	40	26.32	43	28.29	41	26.97	14	9.21	0.738	0.811	0.589
	E2学校社区企业单位经常邀请开展相关讲座	9	5.92	18	11.84	62	40.79	43	28.29	20	13.16	0.734		
	E3普通公众支持并对我们的工作表示信任	2	1.32	10	6.58	68	44.74	47	30.92	25	16.45	0.827		

表 2 区分效度检验结果
Table 2 Results of discriminant validity test

项目	领导力水平	物资支持	人力资源支持	组织氛围	外部社会支持
领导力水平	0.709 [a]				
物资支持	0.345	0.773 [a]			
人力资源支持	0.174	0.698	0.775 [a]		
组织氛围	0.419	0.364	0.288	0.793 [a]	
外部社会支持	0.505	0.553	0.519	0.698	0.767 [a]

注：a为各潜变量AVE的平方根，其他为潜变量间相关系数。

探索性因子分析结果显示，KMO 值为 0.841，Bartlett 球形度检验 χ^2=1 266.734，P<0.001，符合因子分析适用条件，共提取 5 个公因子，分别命名为“领导力水平”“物资支持”“人力资源支持”“组织氛围”“外部社会支持”，各因子方差累计贡献度为 71.452%，满足社会科学领域要求的累计解释变异量精度，量表结构效度可接受；总量表及“领导力水平”“物资支持”“人力资源支持”“组织氛围”“外部社会支持”分量表的 Cronbach′s α 系数分别为 0.880、0.831、0.818、0.796、0.818、0.797，均>0.7，量表信度可接受。

为更好地验证测量结果能否准确反映所考察内容，进一步进行验证性因子分析。模型基本适配度结果显示，因素负荷量介于 0.519～0.888，潜变量及测量项的测量误差值均为正数且均达到 0.05 检验水平，其变异量标准误数值介于 0.030～0.140，表示模型无界定错误问题。RMSEA=0.074、IFI=0.926、TLI=0.905、CFI=0.924、PNFI=0.681、χ^2/df=1.826 等指标均达到适配标准，模型整体适配度良好。所估计参数均达到显著水平（P<0.001），临界比值介于 6.484～10.105，潜变量平均方差提取值均>0.5，潜变量组合信度均>0.8，因子具有较好的收敛效度，模型内在质量理想。表 2 中结果显示，所有对角线上潜变量平均方差提取值的平方根值均大于所在行与列的相关系数值，表明量表具备良好的区分效度。

2.3 结构方程模型适配与修正（图 1、表 3） 根据标准化参数估计和修正指数对模型进行精简与修正，删掉不具有统计学意义的路径（H1、H3、H4）关系后，得到最终模型，如图 1 所示。模型结果显示，χ^2=129.532（P=0.052）、RMSEA=0.039、GFI=0.911、NFI=0.902、IFI=0.980、TLI=0.973、CFI=0.979、PGFI=0.625、PNFI=0.697、χ^2/df=1.234 等适配度指标均达到适配标准，模型整体适配度良好。最终模型路径结果如表 3 所示。此外，物资支持与人力资源支持存在相关关系（r=0.758，P<0.001）。

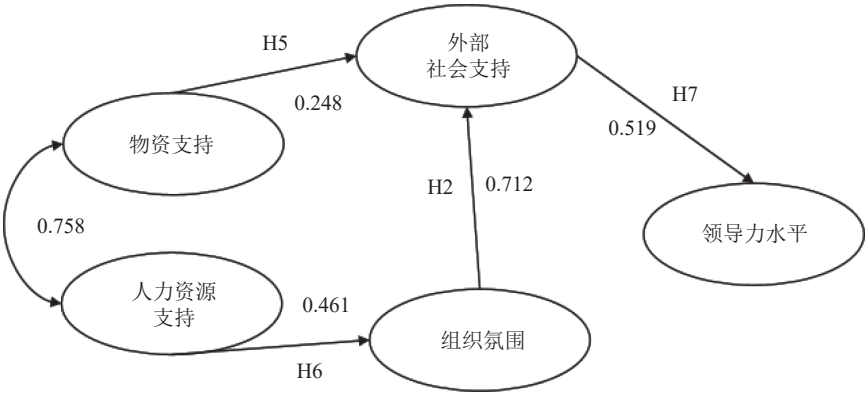


图 1 传染病防控视域下基层卫生应急管理者领导力影响因素作用机制模型
Fig. 1 Influencing mechanism of the leadership competency of primary-level health emergency administrators from the perspective of infectious disease prevention and control

表 3 最终模型参数估计
Table 3 Parameter estimation of the final model

路径	非标准化回归系数	P值	$S_{\bar{x}}$	临界比值	标准化回归系数
人力资源支持→组织氛围	0.397	<0.001	0.105	3.765	0.461
组织氛围→外部社会支持	1.308	<0.001	0.234	5.592	0.712
物资支持→外部社会支持	0.222	0.004	0.077	2.897	0.248
外部社会支持→领导力水平	0.390	<0.001	0.076	5.117	0.519

2.4　多重中介模型的中介效应检验结果　采用 Bootstrap 方法，检验各路径的中介作用，2 000 次 Bootstrap 抽样发现，中介路径 1：物资支持→外部社会支持→领导力水平，效应值为 0.129（95%*CI*=0.005～0.258），置信区间不包含 0，表明该中介路径显著。中介路径 2：人力资源支持→组织氛围→外部社会支持→领导力水平，效应值为 0.170（95%*CI*=0.094～0.303），置信区间不包含 0，表明该链式中介路径显著。

3 讨　论

3.1　传染病防控特点强化领导力影响因素间接传导机制　传染病防控视域下，突发公共卫生事件的突发性、不确定性、扩散性以及防控工作对快速响应、社会协同、资源精准匹配的强依赖，叠加基层管理者有限授权的结构性约束，共同构成了特殊的情境变量，进一步解释了为何假设 H1、H3、H4 的直接路径未得到支持。一方面，传染病防控的外部依赖性削弱了组织氛围的直接作用。传染病疫情的外部性特征[24–25]，需要政府部门及时采取有效措施控制传染源、切断传播途径、保护易感人群，而以上目标的实现又高度依赖社会多元协同支持。同时，基层管理者的有限授权进一步削弱了组织内部对领导力的直接影响。资源跨区调配等关键权限集中于中央及上级部门，使得内部共识难以转化为实际防控行动。与刘泽照[26]观点类似，倒金字塔型结构的传统应急决策导致基层权责倒挂，难以调度跨域公共卫生应急资源，基层部门易出现行动异化、抵触情绪及“避责”行为。另一方面，传染病及传染病防控特点消解了单纯资源投入的直接作用。传染病防控应急资源支持的价值取决于与场景的适配度，而非绝对数量。一旦传染病疫情暴发，即便人力资源的年龄结构、学科多样性、人员数量，与检测设备、信息化平台、基础应急物资保障等满足要求，管理者若无法快速将资源精确匹配、快速调动，仍会出现资源短缺现象，难以有效赋能。

3 条不支持路径共同反映了一个规律：在传染病防控场景中，组织氛围的“内部性”、资源的“基础性”与领导力所需的“外部性”“动态性”“调配性”存在本质属性差异。这些因素需通过社会力量调动、公众信任等外部社会支持中介变量完成“属性转化”，才能最终作用于领导力。这一结论为基层卫生应急管理实践提供了更精准的指引：提升领导力需聚焦变量属性与场景需求的匹配度，跳出单纯抓内部管理或资源投入的思维，转向以外部协同为核心的系统能力建设，才能适应传染病防控的复杂需求。与 Evans D 等[27]的观点类似。

3.2　社会支持在领导力促进方面具备核心枢纽作用　结果显示，除假设 H7 得到验证支持，其他因素均需通过中介路径实现，可见领导力形成是复杂的“个体—环境”互动结果。社会支持作为关键中介变量，在领导力促进方面具备工具性与情感性的双重功能，可放大应急资源的投入效果。宏观层面政府调动的社会资源，中观层面企业、社会组织和社区通过发挥专业职能所展现的社会信任，微观层面个体社会成员的社会网络和人际信任，三个层面的社会资本共同协调能达成应对突发公共卫生事件的集体目标[21]。一方面，传染病防控所需的应急物资通过学校、社区、公众、政府等全社会支持转化为功能性辅助，促进资源分配的公平性，强化领导力的制度合法性。例如在疫情封控中，获得社区、志愿者支持的管理者能更高效地完成物资配送等任务；另一方面，优质人力资源配置所驱动的开放自由、建设性的组织氛围，可使人力资源突破“个体”局限，转化为团队成员对领导战略的集体认同。再结合广泛的社会支持，团队成员更易将技能转化为实际行动，进而支持领导目标。例如在密接追踪、隔离管控等争议性决策中，若公众对相关机构部门的专业性充分信任，可有效减少政策执行阻力。与刘德林等[28]观点类似，良好社会资本能助力政府快速整合各方优势与资源，协调行动并采取适宜措施，进而避免或降低损失。

社会支持不仅是一种单向的关怀和帮助，更是组织间的一种社会互动和社会交换关系，甚至可以缓解组织因公信力、资源及人才等不足所面临的发展困境[29]。中国共产党领导下的传染病社会共治模式下，政府、医疗卫生机构、社会组织、企业、社区、个人等多元主体在传染病防控中各司其职[30]。因此，在强调集体主义文化背景下，管理者领导力更依赖团队及其社会支持网络，而非单纯的资源拨付。资源配置应通过与志愿者联动、社会组织协作、政府政策配套，形成立体支持体系。通过系统性构建社会支持网络，实现资源从单点拨付到网络共振、从机械投入到动态赋能、从短期效果到长期韧性转化，发挥资源投入最大效能。例如推动基层卫生管理者参与辖区规划治理，将传染病防控需求嵌入政府网格化管理体系。培训管理者运用社会营销技巧，制定社区志愿者积分制度，将讲座、培训等被动邀请转化为社会力量的充分动员。开展“有限授权下的决策模拟”培训，提升管理者在资源受限情境下的有效判断能力等。

3.3　物资与人力资源的领导力影响机制存在差异　传染病防控物资与人力资源支持高度相关，表明

组织资源配置时倾向于设备、资金、人力同步投入，形成协同效应。例如疫情期间，各地专业公共卫生机构都优化了检测设备的配置，但由于部分基层流感网络实验室技术人员因未接受过如鸡胚分离流感病毒等实验室检测技术培训，导致了设备闲置与采样质量不足。与张沁雨等[31]观点一致，人员、设备、物料、方法和环境等要素要协同发展，实验室才能够高效、准确地完成各种任务。但两者影响作用机制却略有差异。物资支持路径相对直接高效，而人力资源支持路径则侧重长效转化。人力资源支持是对组织内在能力的根本性投资。区别于短期激励立竿见影，通过塑造健康的组织氛围这一“慢变量”，持续而稳定地提升组织效能。而外部社会支持的本质是信任资本的积累。公众更愿意采纳自己信任程度高的渠道或来源的信息，从而产生情绪、感知以及行为[32]。信任源于组织内部高效协作所外显出的专业与可靠，其建立需要时间，但一旦建立就会成为一种可持续资源，为领导力赋能，支持组织应对各种挑战。

因此，建议一方面通过建立分级分类的物资储备体系、实时共享物资库存的信息化平台，破解单点储备冗余而区域调配失衡的问题。增强基层管理者跨组织协调、提前部署、舆情风险应对等能力，并通过数据透明化增强公众信任，驱动领导力提升；另一方面加强组织人力资源开发与建设，拓展外部社会支持网络，从而提升成员对领导的认同感。此外，由于两条路径机制差异，建议在紧急状态下优先保障物资分配，同时，长期投资于人力资源培养开发。

3.4 组织氛围是激活社会支持的重要前置条件

突发事件应对过程中，信息不对称会引发信任缺失，导致基层动员能力受限[33]。因此，展现组织可靠性至关重要。当基层卫生应急团队展现出专业、高效的协作时，会向外部释放“专业可靠”的信号，这种信号传递在疫情恐慌期尤为重要，能快速形成专业的官方指导，缓解公众焦虑，强化信任。人力资源管理措施是塑造组织氛围的重要手段，而组织氛围又作为“中间桥梁”影响社会支持，凸显了组织层面环境建设的基础性作用。当组织氛围具有高包容性时，员工更易获得同事的情感支持与信息帮助。

工作团队特征会影响社会支持的发展。公共服务机构应该注意培养良好的合作和信任的组织氛围[34]。建议推行包容性组织文化建设举措，如推动扁平化管理、鼓励知识共享、构建容错机制等，使人力资源支持持续转化为组织认同感与归属感，通过内生环境基础建设扩大外部社会支持网络，为领导力发展奠定稳固基础。通过定期开展“跨部门联合流调”“突发聚集性疫情处置”等实战演练，模拟应急状态下的人力调度与决策流程，倒逼管理者与团队成员在压力情境中充分沟通交流。演练后组织复盘会，鼓励员工坦诚反馈协作问题，激活组织氛围活力，将演练成果转化为标准作业程序，使开放沟通的组织氛围与专业防控能力形成正向循环，强化“组织氛围→外部社会支持”的传导效能，使人力资源支持持续转化为内部支持优势，为领导力发展提供持久动力。

综上，本研究探讨了传染病防控视域下基层卫生应急管理者领导力影响因素及其作用机制，为公共卫生部门领导力研究提供了新的视角，拓展了领导力在公共卫生管理领域的研究场域，并为领导力发展提供了来自中国公共卫生部门的经验证据，为探索中国特色的公共卫生领导力提供了有意义的参考。由于本研究对象为基层卫生管理者，受限于该群体的岗位稀缺性及工作特殊性，样本量虽满足基本统计分析要求，但研究结论稳定性不足。未来研究可通过不断扩充样本量，结合质性研究，以提升研究结论的稳定性与普适性。

数据可用性声明 本研究数据因涉及相关部门数据安全规定无法公开。但数据可在合理请求下向通信作者申请获取，申请需通过组织审批并签署数据使用协议。

致谢 感谢国家卫生健康委、国家卫生健康委卫生发展研究中心，各省级、市级、县区级卫生健康委及其相关处室，以及各位专家的大力支持，感谢参与项目组织实施的疾控机构、医疗机构、社会团体和志愿者。

参考文献

[1] 方心宇, 范引光, 杨仕贵, 等. 新发传染病的流行形势和影响因素及应对策略思考 [J]. 中华疾病控制杂志, 2025, 29(1): 1-7,33.

[2] Fowler K R, Robbins L K. The impact of COVID-19 on nurse leadership characteristics[J]. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2022, 19(4): 306-315.

[3] Sabqat M, Khan R A, Yasmin R, et al. Exploring developmental assignments shaping experience-driven acquisition of leadership competencies in young clinicians[J]. BMC Medical Education, 2022, 22(1): 505.

[4] Gilmartin H M, Saint S, Ratz D, et al. The influence of hospital leadership support on burnout, psychological safety, and safety climate for US infection preventionists during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic[J]. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2024, 45(3): 310-315.

[5] 周亚霖, 张艺馨, 田新宇, 等. 基于德尔菲法中国县 (区) 突发公共卫生事件应急能力评估指标体系构建 [J]. 中国公共卫生, 2023, 39(9): 1180-1184.

[6] 中国科学院“科技领导力研究”课题组, 苗建明, 霍国庆. 领导力五力

模型研究 [J]. 领导科学, 2006(9): 20-23.

[7] 王淑华, 王以宁. 人格特质与校长信息化领导力的关系: 组织氛围的中介效应 [J]. 现代远距离教育, 2021(1): 89-96.

[8] Sein Myint N N, Kunaviktikul W, Stark A. A contemporary understanding of organizational climate in healthcare setting: a concept analysis[J]. Nursing Forum, 2021, 56(1): 172-180.

[9] 韩飞. 组织氛围研究述评 [J]. 商业经济, 2015(9): 50-52.

[10] Andargie E M, Negash W D, Geto A K, et al. Healthcare leadership practice and associated factors among primary healthcare managers in East Gojam Zone, Northwest Ethiopia: a mixed method study[J]. BMC Health Services Research, 2024, 24(1): 1247.

[11] Hana J, Rudebeck C E. Leadership in rural medicine: the organization on thin ice?[J]. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011, 29(2): 122-128.

[12] Bruno A, Dell'Aversana G, Zunino A. Customer orientation and leadership in the health service sector: the role of workplace social support[J]. Frontiers in Psychology, 2017, 8: 1920.

[13] 朱丽丽, 吴忠丽, 周立芳, 等. 江苏省卫生应急人员对传染病防控资源支持情况的评价 [J]. 中国卫生资源, 2023, 26(6): 678-682.

[14] Ghiasipour M, Mosadeghrad A M, Arab M, et al. Leadership challenges in health care organizations: the case of Iranian hospitals[J]. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 2017, 31: 96.

[15] 张欢, 吴峰. 巨灾下乡村基层领导力研究 [J]. 四川大学学报 (哲学社会科学版), 2011(2): 99-104.

[16] Zhang J W, Liu Y X. Organizational climate and its effects on organizational variables: an empirical study[J]. International Journal of Psychological Studies, 2010, 2(2): 189-201.

[17] 田立法. 最佳人力资源管理实践、组织氛围强势与企业绩效关系研究 [J]. 管理工程学报, 2017, 31(2): 1-8.

[18] 王冬, 史卢少博. 重大公共卫生事件下付出—回报失衡对基层医务人员韧性的影响研究 [J]. 暨南学报 (哲学社会科学版), 2023, 45(5): 99-114.

[19] 侯杰泰, 温忠麟, 成子娟. 结构方程模型及其应用 [M]. 北京: 教育科学出版社, 2004.

[20] 杜旭宇, 白书祥, 程洪宝, 等. 突发事件应急管理中的社会资本: 作用及其机理分析 [J]. 探索, 2010(6): 129-134.

[21] 张文宏. 从社会资本的视角反思突发公共卫生事件中的社会治理 [J]. 武汉大学学报 (哲学社会科学版), 2021, 74(5): 148-155.

[22] 纪洁, 庄悦红, 许靖, 等. 上海市浦东新区公共卫生机构人力资源配置分析 [J]. 中国卫生资源, 2017, 20(1): 11-14.

[23] 李建军. 知识型员工创新行为的影响机制研究: 以创新导向、组织氛围为视野 [M]. 北京: 中国书籍出版社, 2019.

[24] 黄国武, 向雯晖, 黄鹏鹏. 重大突发公共卫生事件医疗费用多元分担研究 [J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(10): 759-764, 792.

[25] 王权, 涂茜, 孙强. 分级诊疗视角下传染病防治体系改革的战略选择——基于一种新型 SWOT-CLPV 分析模型 [J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(10): 17-24.

[26] 刘泽照. 中国公共卫生应急指挥的逻辑进路——动态调适与效能增进 [J]. 内蒙古社会科学, 2022, 43(2): 16-24.

[27] Evans D, Bolden R, Jarvis C, et al. How do you develop systems leadership in public health? Insights from a scoping study[J]. Public Health, 2021, 196: 24-28.

[28] 刘德林, 赵英雁. 社会资本理论在我国应急管理领域应用研究综述 [J]. 中国安全生产科学技术, 2020, 16(4): 49-55.

[29] 赵蓝蓝, 郑信, 徐付琴, 等. 公共卫生应急领域社会组织外部社会资本要素探讨 [J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(8): 601-604.

[30] 李玉刚, 冯录召, 杨维中. 传染病防控的社会共治 [J]. 疾病监测, 2025, 40(7): 850-857.

[31] 张沁雨, 屠洁箐, 刘富强, 等. 疾病预防控制机构实验室能力建设进展 [J]. 中国公共卫生, 2025, 41(9): 1142-1146.

[32] 樊凯盛, 郝艳华, 吴群红, 等. 重大突发公共卫生事件下“风险 IEPB”模型理论构建及评价 [J]. 中国公共卫生, 2021, 37(7): 1118-1124.

[33] 张军, 李理. 基层应急治理共同体的塑造——基于信任—规则—行动力的框架分析 [J]. 重庆社会科学, 2024(5): 93-106.

[34] Zhang H, Sun L, Zhang Q. How workplace social capital affects turnover intention: the mediating role of job satisfaction and burnout[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022, 19(15): 9587